



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

M É M O I R E

DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Projet de loi n° 25

Loi sur les agences de développement
de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux

Présenté à la

Commission des affaires sociales

Le 2 décembre 2003

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie !
Votre médecin spécialiste

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----|
| INTRODUCTION | 5 |
| 1. REMARQUES GÉNÉRALES | |
| 1.1 LES OBJECTIFS DU PROJET DE LOI | 6 |
| 1.2 DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUX AGENCES DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX | 7 |
| 1.3 L'AMBIGUÏTÉ DU PROJET DE LOI | 8 |
| 1.4 LE RÔLE DU MÉDECIN | 8 |
| 1.5 LA CRÉATION DE RÉSEAUX LOCAUX ET LES FUSIONS D'ÉTABLISSEMENTS | 9 |
| 2. REMARQUES SPÉCIFIQUES | |
| 2.1 SECTION I - INSTITUTION ET ORGANISATION, ARTICLES 4 ET 6, LE CONSEIL D'ADMINISTRATION | 12 |
| 2.2 SECTION II - MISSION, ARTICLE 23 | 12 |
| CONCLUSION..... | 14 |
| ANNEXE 1 – LE CABINET AFFILIÉ | A-1 |

INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec remercie la Commission parlementaire des affaires sociales de l'occasion qui lui est offerte de s'exprimer sur le projet de loi n° 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 34 associations de médecins spécialistes représentant toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire affiliées à la Fédération.

La mission de la Fédération est de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres; cette mission ne peut s'accomplir pleinement sans une participation aux décisions entourant l'organisation des soins de santé. Rappelons que plus de 95 % des médecins spécialistes œuvrent en milieu hospitalier et se sentent donc interpellés par toute législation touchant l'organisation des soins médicaux en établissement.

La Fédération souhaite faire part aux membres de la Commission de certains commentaires généraux et particuliers suite à l'étude du projet de loi n° 25. Ce projet de loi soulève des interrogations et des points sont à clarifier.

1. REMARQUES GÉNÉRALES

1.1 LES OBJECTIFS DU PROJET DE LOI

Le principal objectif du projet de loi est louable et nous ne pouvons qu'y souscrire : *...mission de mettre en place une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau des services de santé et des services sociaux*¹. La Fédération est prête à travailler dans le sens d'une hiérarchisation des services visant leur intégration et évitant les doublons. Les médecins spécialistes travaillent d'ailleurs en ce sens, comme en font foi leurs travaux sur les effectifs médicaux, leurs ententes intervenues avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et leurs mémoires antérieurs.

Nous reprenons ici un thème de notre mémoire à la Commission Clair, à savoir les soins de santé intégrés : «..., la consultation médicale, c'est la rencontre d'une confiance (patient) et d'une conscience (médecin). L'intégration des soins médicaux passe d'abord par la valorisation de la relation patient-médecin et pour le renforcement de la première ligne... Une prise en charge adéquate des patients (des asthmatiques, des cancéreux, des diabétiques, des insuffisants cardiaques ou respiratoires) en amont des centres hospitaliers de courte durée, par des programmes spécifiques, permettrait de décongestionner les salles d'urgence et les unités de soins en gardant à domicile de nombreux patients, dont plusieurs personnes âgées, qui s'en réjouiraient sans doute... La FMSQ croit que l'hôpital ne doit pas être le lieu de résolution de tous les problèmes (sociaux, affectifs, perte d'autonomie, etc.), mais uniquement un lieu de traitement de problèmes de santé pour lesquels une intervention ponctuelle est possible. Les salles d'urgence seront d'autant plus performantes et accessibles qu'elles accueilleront uniquement les patients qui ont réellement besoin de soins spécialisés...²»

A l'instar de nombreux québécois, la FMSQ s'attendait à voir dans ce projet de loi une transformation autre que cosmétique des structures actuelles, voire l'annonce d'outils favorisant les réseaux naturels déjà établis. Or, sauf pour un changement de nom, ces structures actuelles restent inchangées dans leur nombre, leur composition et leur fonctionnement (articles 1-3, 26, 33-37).

¹Québec. Assemblée nationale. Projet de loi n° 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec Éditeur officiel du Québec; 2003, p. 2.

²Fédération des médecins spécialistes du Québec. Mémoire relatif au financement et à l'organisation des services de santé et des services sociaux dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Montréal FMSQ; 21 septembre 2000, p. 9.

1.2 DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUX AGENCES DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Ce projet de loi propose la création des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, lesquelles succéderont, de plein droit et sans autres formalités, aux régies régionales de la santé et des services sociaux. ... Le projet de loi précise qu'une agence exercera, en lieu et place d'une régie régionale, les pouvoirs, fonctions et devoirs que la loi confie à celle-ci, sauf si le ministre de la Santé et des Services sociaux estime qu'il est inapproprié pour une agence d'exercer l'un ou l'autre d'entre eux³.

Nous nous interrogeons sur la nécessité de cette partie du projet de loi. En effet, les régies régionales sont essentiellement reconduites avec un nouveau nom. Lorsque la pertinence des régies régionales actuelles est remise en doute, on se réfère en général à leurs coûts d'exploitation et à leur faible capacité à visiter et à comprendre les lieux de dispensation de soins avant de prendre des décisions dites structurantes.

Dans son mémoire à la Commission Clair, la FMSQ écrivait :

«... le nombre actuel de 18 régions sociosanitaires correspond-il vraiment aux besoins ? Dans leur quête de soins, les patients des grandes régions urbaines de Montréal et de Québec sont-ils conscients qu'ils changent de juridiction en franchissant un cours d'eau ? La fusion de plusieurs régies régionales en une seule et respectant les grands bassins naturels de population nous apparaît nécessaire⁴.»

« 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 régionales⁵.»

Ce simple changement de nom sera coûteux et maintiendra en place les mêmes activités et les mêmes intervenants; il ne sera pas générateur de changements d'attitude ni d'habitude. De plus, la constitution de réseaux de soins intégrés aurait pu se faire dans le cadre de la loi actuelle : ceci nous amène à nous demander si ce projet de loi n° 25 n'est pas simplement le prélude à un autre plus costaud et non annoncé clairement dans le projet de loi actuel.

³Québec. Assemblée nationale. Projet de loi n° 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec Éditeur officiel du Québec; 2003, p 2.

⁴Fédération des médecins spécialistes du Québec. Mémoire relatif au financement et à l'organisation des services de santé et des services sociaux dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Montréal FMSQ; 21 septembre 2000, p. 9.

⁵Fédération des médecins spécialistes du Québec. Mémoire concernant le projet de loi n° 28. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Québec FMSQ; 6 juin 2001, p. 16.

1.3 L'AMBIGUÏTÉ DU PROJET DE LOI

Le projet de loi est assez clair dans l'énoncé des grands principes, à savoir la création de réseaux locaux et la fusion d'établissements, mais il est vague dans ses définitions et dans les moyens pour réaliser ses objectifs. Une des institutions auxquelles il fait référence, à savoir les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), n'existant pas encore. Comment seront créés les RUIS ? À partir de quoi ? Quels seront leurs rôles et leur imputabilité ? Ce modèle a-t-il déjà été éprouvé ailleurs ou innove-t-il complètement ? Sera-t-il efficace, efficient, voire fonctionnel ? Les doyens des quatre facultés de médecine deviendront-ils les responsables de la dispensation des soins de santé et des services sociaux dans leur zone d'influence respective sur un territoire québécois partagé en quatre parties égales ? Les doyens deviendront-ils les supérieurs hiérarchiques des directeurs généraux des agences et des établissements ? Prévoit-on pour les doyens un nouveau rôle dans les plans de répartition des effectifs médicaux spécialisés ? Quel est le lendemain de ce projet de loi ? Pourquoi n'indique-t-il pas les directions futures ? Quelles seront les suites eu égard à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ? Il est également vague en ce qui a trait au rôle du médecin.

1.4 LE RÔLE DU MÉDECIN

La lecture de ce projet de loi ne permet pas de voir le rôle fondamental du médecin dans l'organisation et la prestation des soins. La Fédération réitère qu'elle croit fermement que le médecin doit être au centre des prises de décisions et des ententes de services relatives aux soins médicaux : son rôle ne se résume pas à être l'intervenant premier de la relation patient-médecin. Or, jusqu'à maintenant, la Fédération des médecins spécialistes du Québec a été ignorée dans l'élaboration du projet des RUIS. S'il est prévu que (article 27) *...l'agence effectue des consultations, notamment auprès des établissements concernés, du département de médecine générale...*⁶, il semble qu'on ait omis une référence spécifique à la nécessité de consulter les médecins spécialistes. Nous souhaitons donc nous assurer que soit prévu un mécanisme de consultation auprès des médecins spécialistes.

D'autre part, le projet de loi ne distingue pas les services médicaux de première ligne des services autres que spécifiquement médicaux.

⁶Québec. Assemblée nationale. Projet de loi n° 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec Éditeur officiel du Québec; 2003, p. 10.

1.5 LA CRÉATION DE RÉSEAUX LOCAUX ET LES FUSIONS D'ÉTABLISSEMENTS

Le projet de loi prévoit également que *chacun de ces réseaux locaux doit comprendre une instance locale formée pour regrouper les établissements, identifiés par l'agence, qui offrent les services d'un centre local de services communautaires, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée et d'un centre hospitalier. Outre cette instance locale, chacun des réseaux locaux comprend également des médecins de famille, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des ressources privées de son territoire, lesquels sont associés à l'instance locale par le biais d'ententes ou d'autres modalités* (article 24)⁷.

*...le ministre... demande à l'inspecteur général des institutions financières la délivrance de lettres patentes fusionnant en un établissement public, constitué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'ensemble des établissements publics visés par la proposition...(article 30)*⁸.

Comme la création de réseaux locaux amène subséquemment une fusion d'établissements, nous commenterons ensemble «réseaux» et «fusions».

Disons d'abord que «réseaux» ne devrait pas correspondre à «sectorisation», comme ce fut le cas dans la dispensation des soins en psychiatrie, créant pour les patients des ghettos imperméables entre eux et brimant la liberté des patients dans leur choix de leur médecin ou de leur lieu de consultation et de traitement. Disons ensuite que ce modèle semble plus facile à réaliser en région. On se demande comment ce modèle sera applicable dans la grande région de Montréal, où vit la moitié de la population québécoise et qui possède de nombreux centres hospitaliers, dont plusieurs universitaires, lesquels semblent exclus du projet de loi. Nous osons croire que toutes ces imprécisions sont là pour préserver les différentes réalités régionales ou sous-régionales.

Nous reprenons ici un autre thème de notre mémoire à la Commission Clair, à savoir que l'intégration des soins de santé est, entre autres, dépendante d'une consolidation des réseaux de soins : les prestataires de soins devraient être rattachés à un système de réseaux communautaires, incluant des cabinets médicaux, un ou des CLSC, un ou des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, un ou des centres hospitaliers de soins de longue durée d'une région ou sous-région donnée. D'un point de vue fonctionnel, tous ces points de services d'un territoire donné constitueraient un seul établissement, tout en pouvant conserver une certaine autonomie administrative (intendance locale). Ces réseaux régionaux se devraient à leur tour d'être articulés

⁷Québec. Assemblée nationale. Projet de loi n° 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec Éditeur officiel du Québec; 2003; p 9.

⁸Québec. Assemblée nationale. Projet de loi n° 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec Éditeur officiel du Québec; 2003, p 11.

avec des centres ou des réseaux supra-régionaux, par contrat de services ou autre corridor privilégié, avec regroupement des compétences des prestataires de soins (interdisciplinarité) en fonction des niveaux de soins. Le regroupement sous une seule autorité fonctionnelle de plusieurs niveaux d'établissements de prestation de soins nous apparaît nécessaire et les médecins devraient avoir une place importante dans la mise sur pied de ces réseaux. En corollaire, cette disposition des forces vives sur le territoire suppose une masse critique de patients potentiels et de prestataires de soins : il ne peut y avoir de saupoudrage de médecins spécialistes à l'unité; la constitution d'équipes est essentielle pour assurer des soins de qualité aux patients sur une base durable et une stabilité des équipes médicales.

Cette consolidation est particulièrement importante pour les soins chirurgicaux. La réduction des temps d'hospitalisation est souhaitée par les patients, les médecins et les gestionnaires des centres hospitaliers. Grâce à de nouvelles technologies plus sécuritaires, moins invasives et plus confortables pour les patients, de plus en plus d'exams, de traitements et de «chirurgies d'un jour» sont rendus possibles. Pour que les patients aient accès à des hôpitaux fonctionnels en matière de soins ambulatoires et que les médecins spécialistes puissent y travailler efficacement, une intégration et une planification des soins sont essentielles : instructions et préparation des patients en amont, instructions de départ et excellent suivi à domicile en aval. En amont, une équipe multidisciplinaire spécialisée, dont les infirmières cliniciennes et un intervenant pivot préparent la venue du patient en coordonnant ses examens, en prodiguant un enseignement adéquat; en aval, une prise en charge immédiate du patient pendant une période souvent courte mais critique est essentielle. C'est ici que les CLSC pourraient particulièrement bien s'articuler avec les centres hospitaliers : un lien fonctionnel doit exister entre les deux, avec un minimum de paliers d'autorité administrative¹⁰. Cette union des forces contribuerait à la réduction des listes d'attente en rendant disponibles des lits de soins aigus autrement occupés par des patients dont la convalescence peut se faire ailleurs.

Cependant, nous avons des inquiétudes sur l'utilité d'une nouvelle réforme et espérons qu'elle ne soit pas qu'administrative. L'intégration des soins ne se résume pas à des fusions de conseils d'administration, mais à la solution de problèmes de continuité de soins et de prise en charge, que ce soit par des fusions réelles d'établissements pour accéder à une même culture (fonctionnelle à défaut d'être unique) ou encore par le biais d'ententes productives entre établissements, entre groupes de professionnels. D'une part, il faudrait s'assurer que les fusions ne soient pas dictées uniquement par des visées du Conseil du Trésor, mais avant tout par les

¹⁰Fédération des médecins spécialistes du Québec. Mémoire relatif au financement et à l'organisation des services de santé et des services sociaux dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Montréal FMSQ; 21 septembre 2000, p. 11.

besoins de nos patients. D'autre part, le projet de loi n° 25 ne montre pas comment ces fusions administratives garantiront une intégration des soins.

Une mise en garde : toute entente de services concernant les soins médicaux doit être convenue entre les médecins eux-mêmes; ils sont en mesure d'évaluer si la demande peut être remplie de façon convenable en fonction des expertises présentes sur place, si les effectifs sont suffisants, si les équipements permettent une accentuation des activités, si les lits disponibles peuvent être gérés de façon à assurer une desserte de soins supplémentaires, si le centre référant a les capacités de reprendre en charge le patient après une intervention minimale, etc. Toute entente décidée par des administrateurs sans être passée par la première étape ne peut être fonctionnelle et mène nécessairement à une résistance et à une plus faible collaboration. Les ententes de services interétablissements sont non fonctionnelles si elles n'impliquent que les instances administratives et non les intervenants.

Enfin, ce projet de loi prévoyant des réseaux est muet quant au rôle des cabinets de médecins, omnipraticiens et spécialistes, où sont rendus une quantité importante de soins de santé. L'article 24 ne prend pas clairement en compte les cabinets de médecins, sans lesquels on ne peut mettre sur pied un réseau de soins intégrés. Les cabinets médicaux sont une réalité et un maillon essentiel dans la prestation des soins de santé à la population. La réalité quotidienne est à l'effet que la plupart du temps, le patient consulte d'abord son médecin en cabinet; au besoin, il se rendra subséquemment en milieu hospitalier pour un examen ou un traitement plus spécifique; et pour son suivi, le même patient se retrouvera fréquemment à nouveau au cabinet médical. Pour la prise en charge des patients et la continuité des soins, il est donc fondamental de mettre en complémentarité ces deux systèmes, cabinets et établissements, et d'assurer entre les deux un système de communications performant, avec partage d'informations pertinentes.

Dans son mémoire à la Commission Clair, la Fédération présentait son concept du cabinet affilié, qui fait appel à la synergie entre les cabinets médicaux et les établissements publics (cf. annexe).

2. REMARQUES SPÉCIFIQUES

2.1 SECTION I – INSTITUTION ET ORGANISATION

Articles 4 et 6, le conseil d'administration

La Fédération est d'avis que la représentativité médicale doit y être augmentée. Nous reprenons notre mémoire du 6 juin 2001 concernant le projet de loi n° 28 :

«... 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 population¹¹».

Il nous importe de renforcer la présence médicale au sein du conseil d'administration et d'assurer la présence d'un médecin spécialiste.

SECTION II - MISSION

Article 23

Cet article introduit le nouveau concept de *réseau local de services de santé et services sociaux* mais reste très vague sur les moyens mis à la disposition de l'agence. Le projet de loi est muet sur le type et la quantité de ressources qui devront être déployées à cette fin.

Paragraphe 2 : «garantir à la population» suppose une obligation avec un réseau déjà en pénurie de ressources financières et humaines; cette obligation sera-t-elle assortie de contraintes, fera-t-elle appel à une coercition, à des huissiers ? Par ailleurs, les médecins auront-ils la garantie d'avoir les ressources nécessaires, les accès aux plateaux techniques et aux salles d'opération pour rendre aux patients les services dont ils ont besoin.

Lorsque l'on lit au même paragraphe de l'article 23 par le «biais d'ententes» : entre qui ? Conseils d'administration ? DSP d'établissements ? Départements cliniques ? Médecins et autres professionnels ? Nous croyons qu'elles doivent nécessairement impliquer les intervenants de la base.

¹¹Fédération des médecins spécialistes du Québec. Mémoire concernant le projet de loi n° 28. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Montréal : FMSQ; 6 juin 2001, p. 16.

Référence est faite au «réseau universitaire intégré de santé» : cette structure existe-t-elle en réalité ou juridiquement ? Comment une loi peut-elle faire référence à une entité dont on ne connaît ni les tenants ni les aboutissants et à laquelle on semble vouloir accorder une place centrale dans la prestation des soins ?

Paragraphe 3 : pour ce qui est des «mécanismes de référence», rappelons que le réseau de la santé est déjà un réseau et que des voies de communication existent déjà, parfois de façon heureuse, parfois de façon moins heureuse. Les communications informelles entre médecins sont la principale voie de référence des patients vers des soins spécialisés ou surspécialisés, ou à l'inverse, une modalité de renvoi à un médecin de famille ou de spécialité de base une fois l'intervention d'un spécialiste complétée. Ces voies de communication sont actuellement basées sur le désir de trouver la solution la plus adaptée pour un patient. Certains de ces liens entre spécialistes auraient probablement avantage à être formalisés pour profiter de ressources de soutien; cependant il demeure essentiel de convenir de certaines conditions ou éléments de convention à l'implantation formelle de tels liens.

CONCLUSION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec favorise une intégration visant à assurer une meilleure accessibilité et continuité des soins offerts à la population québécoise, particulièrement dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre médicale spécialisée, qui force à éviter le dédoublement, à concentrer l'expertise et à bien gérer les effectifs médicaux spécialisés.

Cependant, la Fédération se demande comment un simple changement d'appellation de structures existantes permettra d'y parvenir; elle ne retrouve pas dans ce projet de loi la promesse de ressources nécessaires qui garantiraient la prise en charge des malades en amont et en aval des épisodes de soins en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés où œuvrent la très grande majorité des médecins spécialistes. La Fédération tient à rappeler le rôle central du médecin dans la prise de décisions concernant l'organisation des soins, et à cet effet rappelle qu'elle demande à être consultée sur les importants changements futurs, RUIS et autres, que semble annoncer à mots couverts ce projet de loi n° 25.

BIBLIOGRAPHIE

Québec. Assemblée nationale. Projet de loi n° 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec : Éditeur officiel du Québec; 2003.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC. Mémoire relatif au financement et à l'organisation des services de santé et des services sociaux, présentation de la FMSQ devant la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec : FMSQ; 21 septembre 2000.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC. Mémoire concernant le projet de loi n° 28. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Québec : FMSQ; 6 juin 2001.

Annexe au Mémoire relatif au financement et à l'organisation des services de santé et des services sociaux dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
Montréal, 21 septembre 2000

Le cabinet affilié

Définition : un cabinet médical affilié à un centre hospitalier est, pour le patient et le médecin, le prolongement du milieu hospitalier; il est habituellement situé au voisinage d'un centre hospitalier dont il est le complément en terme de ressources humaines (prestataires de soins) et matérielles (plateaux techniques).

Statut : le cabinet affilié existe là où les besoins le justifient en terme de clientèle et d'activités: un cabinet de médecins spécialistes devient «affilié» suite à une entente dont sont partie prenante les médecins participants, le Centre hospitalier, la Régie régionale et/ou le MSSS; il ne s'agit pas d'un contrat local entre un promoteur immobilier et un centre hospitalier mais d'une entente à l'intérieur d'un service hospitalier. Plusieurs cabinets peuvent être affiliés à un même centre hospitalier et un même cabinet pourrait être affilié à plusieurs centres hospitaliers.

Organisation : l'affiliation d'un cabinet est une prolongation d'un service hospitalier (ex. : médecine interne, cardiologie, chirurgie générale, radiologie); les médecins ayant des privilèges de pratique dans un centre hospitalier sont membres du service hospitalier et du cabinet affilié avec le même chef de service selon le principe des vases communicants. Les standards de pratique sont les mêmes. La pratique de groupe est favorisée aux dépens de la pratique solo du cabinet isolé.

Fonctionnement : la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du cabinet affilié est sous l'unique responsabilité des médecins qui y travaillent dans le cadre de l'entente.

Financement : il reste public et est assuré par le MSSS via la RAMQ dans ses paiements aux médecins autorisés. Un ajustement est effectué pour compenser les frais d'exploitation et le coût des techniques résultant d'un accroissement des activités médicales dans le cabinet s'il en est, selon une formule de transfert pré-établie. Le traitement fiscal du cabinet affilié est le même que celui du centre hospitalier.

Services : une partie ou la totalité de certains services diagnostiques et thérapeutiques rendus en centre hospitalier pourraient être transférés au cabinet affilié s'il est démontré que l'efficacité et la qualité serait meilleure, en terme de coûts ou d'organisation. À titre d'exemple, des examens endoscopiques et d'imagerie médicale ou des chirurgies sur base ambulatoire pourraient être avantageusement pratiqués dans les cabinets affiliés.

Contrat : les prestataires du cabinet affilié sont liés par contrat au centre hospitalier assurant une stabilité et une garantie de continuité. Il pourrait s'exprimer en terme d'activités, où le CH achète un nombre déterminé des services diagnostiques et /ou thérapeutiques selon une compensation équitable préalablement négociée et convenue.

Avantages : le patient client d'un centre hospitalier et d'un cabinet affilié jouit d'une approche intégrée de soins sans bris de continuité et pourrait avoir un dossier clinique unique pour les deux sites de prestation. Le médecin jouit d'un milieu de travail plus personnel, dont il est responsable des revenus et où il imputable des dépenses; une reconnaissance à long terme de la légitimité de son cabinet permet des investissements en équipement médical. L'hôpital peut poursuivre sa mission à meilleur coût, avec une infrastructure et une administration allégées et des investissements moindres.

Fédération des médecins spécialistes du Québec
2, Complexe Desjardins
Porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8
(514) 350-5016

Site : <http://www.fmsq.org>