



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité  
au service du public*

Projet de loi n° 25

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

Mémoire présenté à la  
Commission des Affaires sociales

3 décembre 2003

*«La mission du Collège des médecins est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois».*

Monsieur le Président,  
Monsieur le Ministre,  
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de vous présenter le résultat de ses réflexions concernant le projet de loi n° 25 : *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.

#### **I- Le véritable mot-clé : réseau**

**D'entrée de jeu, le Collège voit, dans le projet de loi n° 25, un signal politique nouveau et fort qui invite les personnes de tout horizon, et non seulement celles travaillant dans le domaine de la santé, à interagir ensemble pour le bien-être du patient, au-delà des structures et des organisations et quel que soit leur lieu de pratique.**

**Le Collège est en accord avec une telle orientation générale.**

Nous nous étions d'abord demandé quelle était la finalité du projet de loi. À première vue, cela ressemblait à un autre changement de structure ou peut-être même à un simple changement de nom, transformant les « régies régionales » en « agences de développement de réseaux locaux ».

Mais une lecture plus approfondie nous laisse percevoir un désir de changement plus profond. Le mot-clé ici est bien le mot «réseau » et non pas le mot «agence ». Développer un système de services comme cela s'est fait jusqu'à maintenant est une chose. Développer des « réseaux » est une tout autre chose. Un réseau résulte de l'interaction, de la communication, de la connivence et de la complicité de personnes centrées sur un objectif commun, en l'occurrence, le bien-être du patient, et ceci, au-delà des structures, des organisations et des lieux de pratique. Reconnaissons qu'un tel réseau implique des changements de mentalités qui prennent du temps et peuvent dépasser les mandats électoraux de quatre ans. Bref, un réseau ne peut être le résultat de la simple fusion d'établissements. Les changements de grande envergure qui ont réussi sont, le plus souvent, le résultat de la somme de petits succès accomplis par des personnes responsables, tenaces et compétentes sur le terrain, des personnes qui ont pris le temps de bien faire les choses.

Au-delà de l'engagement politique relatif aux structures, la volonté de mettre en place de tels réseaux nous apparaît un message nouveau. Pour amorcer les changements qu'implique la mise en place de véritables réseaux, il fallait un signal politique fort. Mais soyons vigilants. Il existe déjà de tels réseaux de personnes, aussi efficaces qu'informels. Prenons garde qu'une application simpliste de structures ne les détruise.

Nous comprenons, par ailleurs, que l'exercice ne se terminera pas là et que suivront d'autres étapes de consolidation auxquelles le Collège des médecins participera volontiers. Il est à souhaiter que le Ministère fera lui aussi partie de ce qu'il était convenu d'appeler la « réingénierie de l'État ».

## **II- Les bonnes personnes au bon endroit**

Un certain nombre de conditions favorables sont requises pour que la démarche réussisse. Parmi celles-ci, la constitution des conseils d'administration des agences et des réseaux locaux nous apparaît devoir faire l'objet d'une considération particulière pour donner l'impulsion initiale nécessaire au succès des réseaux locaux. De la même façon que le bon fonctionnement des réseaux va dépendre des personnes qui en feront partie, la qualité de la gestion des réseaux locaux va dépendre du bon choix des personnes qui seront nommées administrateurs. Il faut éviter, sous de fausses apparences de démocratie, le noyautage des conseils d'administration par des groupes d'intérêts.

Selon nous, ces personnes doivent bien connaître les besoins de leur communauté, provenir de différents milieux, avoir des formations variées et complémentaires, et entretenir une vision du bien commun au-dessus d'intérêts partisans. Comment se donner les moyens d'identifier et d'aller chercher ces bonnes personnes?

Deux éléments peuvent être normalisés : la composition des conseils d'administration et le mode de désignation de leurs membres. L'article 4, pour les agences de développement, et l'article 30, pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, présentent des propositions à cet effet.

Pour leur composition, les conseils d'administration seraient formés de 15 ou 16 membres, incluant quatre postes réservés au président-directeur général et aux groupes professionnels. Les autres membres devraient être attribués, selon nous, à des personnes compétentes correspondant aux critères énoncés ci-haut.

Quant au mode de désignation des membres, si nous sommes d'accord pour que le ministre désigne les membres des agences de développement à sa discrétion, nous

croions toutefois que la désignation des membres des conseils d'administration des réseaux locaux revient aux agences, même lors d'une fusion, alors qu'il y a lieu de former un conseil provisoire. Ainsi, une fois la fusion adoptée, en principe par le gouvernement (art. 29), on devrait laisser à l'agence de développement le soin de demander la délivrance des lettres patentes du réseau (art. 30), incluant le nom des 15 administrateurs.

L'agence pourrait choisir les administrateurs à partir de listes de noms de personnes intéressées qui auraient été approchées ou qui auraient spontanément manifesté leur intérêt, à la suite d'un appel public de propositions, par exemple. On retiendrait les personnes dont la contribution serait jugée pertinente aux besoins identifiés. Une fois nommées, ces personnes devraient disposer d'une marge de manœuvre suffisante pour maintenir leur motivation à administrer les affaires de l'établissement et à coordonner le réseau local.

Plus que jamais notre système de santé a besoin des bonnes personnes au bon endroit.

### **III- Les autres conditions favorables**

Cinq éléments supplémentaires nous apparaissent essentiels à la réussite de l'implantation des réseaux locaux souhaités.

#### **1- La grille d'analyse des modèles d'organisation des réseaux locaux**

Les articles 28 et 31 confèrent au ministre le pouvoir d'évaluer la conformité aux prescriptions de l'article 23 des modèles de réseaux locaux proposés par les agences de développement et, s'ils s'avéraient non conformes, de proposer lui-même un modèle d'organisation.

Ces articles soulèvent donc l'existence implicite d'une grille d'analyse. Il serait intéressant que tous connaissent à l'avance cette grille d'analyse pour y référer dans le développement des réseaux locaux.

#### **2- La question des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)**

Le paragraphe numéro 2 de l'article 23 et le 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 27 font allusion aux « orientations développées » par les RUIS et demandent que les modèles d'organisation des réseaux locaux s'inscrivent dans ces « orientations » et y soient associés par le biais d'ententes ou d'autres modalités. À notre connaissance ces orientations des RUIS sont en cours de développement et n'existent pas dans les faits.

Il reste à préciser :

- les obligations et les responsabilités des RUIS envers les réseaux locaux;
- les bassins de desserte et les responsabilités territoriales des RUIS;
- les rapports entre les RUIS et les agences de développement;
- la gamme des services spécialisés et ultraspécialisés offerts;
- les services suprarégionaux ultraspécialisés qui devront être confiés à l'un ou l'autre des RUIS pour desservir l'ensemble du Québec;
- la participation des réseaux locaux à l'enseignement et à la recherche.

### **3- La préservation des missions**

L'idée de regrouper un certain nombre d'établissements d'un territoire sous un même conseil d'administration n'est pas nouvelle. Déjà la réforme de M<sup>me</sup> Thérèse Lavoie-Roux prévoyait la mise en place de conseils d'administration unifiés, tout en préservant les entités corporatives. Le projet de loi n° 25 va plus loin en fusionnant des établissements.

Les critiques y verront deux risques importants :

*Le risque de réduire la participation du citoyen dans le domaine de la santé.*

De notre point de vue, ce n'est pas tant la quantité des conseils d'administration, donc de personnes nommées à tous les conseils qui importe, mais leur compétence et leur disponibilité à servir le bien commun.

*Le risque d'assujettir les services de première ligne aux priorités de l'hôpital.*

Il s'agit ici de préserver la mission des établissements actuels, en particulier, les services de première ligne, la prise en charge globale des patients et la prévention. D'ailleurs, un système de santé efficace doit prendre appui sur une première ligne forte.

Selon nous, ceci pourrait se faire, dans une première étape, par le biais de la programmation budgétaire au livre des crédits. L'allocation par programmes pourrait ainsi protéger et assurer le maintien et le développement des services comme ceux de première ligne. Au surplus, les administrateurs devront prendre leurs responsabilités et être imputables de leurs décisions.

### **4- L'indispensable support technologique**

On l'a dit, parce que les réseaux sont, d'abord et avant tout, faits de liens, d'interactions et de communications entre des personnes; il faut fournir aux professionnels de ces réseaux les outils modernes, indispensables et appropriés à l'échange d'informations utiles à la prise de bonnes décisions cliniques. Ces outils existent. Il existe également des agences de financement prêtes à investir. Il ne manque que la décision politique d'outiller maintenant les cliniciens et un échéancier.

Sans le support technologique de communication approprié, les réseaux souhaités et nécessaires sont condamnés à ne rester que des vœux pieux et des concepts théoriques sur papier.

#### **5- Le « nerf de la guerre » : les ressources budgétaires**

La mise en place des réseaux locaux souhaités par le projet de loi 25 ne pourra être réalisée sans un minimum d'investissements qui, à moyen terme, permettront, sinon de faire des économies, au moins d'en avoir plus pour notre argent. Nous souhaitons, monsieur le Ministre, que vous puissiez disposer des ressources budgétaires requises par les changements que vous voulez mettre de l'avant. Le passé récent a démontré que la disponibilité des ressources et surtout leur mode d'allocation doivent accompagner les objectifs de changements d'attitudes et de pratiques garantes d'une meilleure efficience à moyen terme.

#### **CONCLUSION**

**En conclusion, à l'égard du projet de loi 25, le Collège des médecins du Québec est d'avis :**

- a) qu'il lance un signal fort et nouveau en demandant aux personnes du secteur de la santé, de travailler en interaction, au-delà des structures et des lieux de pratiques, en se centrant sur les besoins du patient; il est une étape importante, mais n'est qu'une première étape, vers un changement des mentalités et des pratiques pour un fonctionnement en réseau. Des étapes de consolidation devront suivre dans un avenir rapproché;**
- b) que parmi les conditions de succès, la nomination des bonnes personnes au sein des conseils d'administration est un élément primordial;**
- c) que le partage de la grille d'analyse des modèles proposés, la clarification des responsabilités des RUIS, la préservation des missions de chacun des établissements fusionnés, le déploiement du support technologique et les ressources budgétaires appropriées sont d'autres conditions essentielles au succès des réseaux locaux.**

Le Collège des médecins du Québec souhaite participer activement, dans le cadre de sa mission, au succès des réseaux de santé et de services sociaux, incluant les RUIS.

Nous vous remercions de nous avoir permis de nous exprimer sur ce projet de loi et nous demeurons disponibles pour répondre à vos questions.