



**COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité
au service du public*

MÉMOIRE

du

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Projet de loi n° 83

**«Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux
et d'autres dispositions législatives**

**Présenté à la
Commission des affaires sociales**

21 janvier 2005

«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 relativement au projet de loi n° 83, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Il s'agit d'un projet de loi complexe qui aborde plusieurs sujets d'importance pour le réseau de santé et de services sociaux et qui tente d'harmoniser l'actuelle Loi sur la santé et les services sociaux avec les changements en cours, initiés par le projet de loi n° 25 que nous avons eu le privilège de commenter devant cette Commission en décembre 2003.

Le projet de loi n° 25 laissait espérer de nouvelles perspectives réjouissantes de coopération par la mise en place de «réseaux», qu'ils soient locaux ou universitaires ou entre des établissements publics et des cabinets privés. Nous avons alors appuyé sans réserve cette démarche. Nous percevions alors ce projet de loi comme un message politique fort et nouveau, de confiance et de coopération. Il s'agissait, selon nous, d'un projet mobilisateur s'apparentant à une «bouffée d'air frais» dans un réseau de santé plus familier avec les messages de contraintes et de restrictions qu'aux invitations à l'initiative.

La cohérence des messages à l'intention du réseau de santé

Malheureusement, nous devons vous informer que le présent projet de loi n° 83 amène globalement, de notre part, une réponse plutôt mitigée. Si plusieurs éléments sont intéressants, et nous les soulignerons, d'autres suscitent des interrogations sinon des appréhensions, en particulier quant à une hypertrophie de la bureaucratie dans le système de santé davantage centré sur le contrôle, la surveillance et l'inspection que sur l'accessibilité et la dispensation des services médicaux de qualité dont la population a besoin.

Autrement dit, un système davantage centré sur lui-même que sur la population à desservir.

Ce qui attire d'abord notre attention, c'est le paradoxe du message politique envoyé. D'une part, on confie au réseau local de santé la responsabilité, que l'on précise «exclusive», de définir son projet clinique à partir des caractéristiques de la population dont il a la charge, comme si le décideur faisait confiance à l'instance la plus proche du patient. D'autre part, le même décideur multiplie les contrôles internes (commissaire aux plaintes local, comités de vigilance, multiples comités d'usagers) et externes (commissaires aux plaintes régionaux et central, pouvoirs d'inspection des agences et du Ministre), comme si, finalement, ce réseau de santé ne méritait pas qu'on lui fasse confiance.

Un dosage approprié des mécanismes de régulation

Un symptôme de ce paradoxe se traduit dans l'évolution du vocabulaire entre le projet de loi n° 25 où on parle de «communication, de réseau et de qualité» et le projet de loi n° 83 où on parle de «plaintes, de surveillance et d'inspection».

En tant qu'ordre professionnel, familier des mécanismes d'inspection professionnelle, d'enquêtes et de plaintes disciplinaires, nous sommes bien placés pour témoigner de l'abondance des mécanismes de régulation dans le réseau de soins de santé, nécessaires certes, mais avec un dosage approprié.

Il faut prendre garde de multiplier sinon de superposer les juridictions et les pouvoirs de régulation au risque d'étouffer le système. Il ne faut jamais perdre de vue que les comportements déviants sont l'exception et non la règle. Encore faut-il que la finalité de ces recours soit l'amélioration de la qualité des services et non la répression.

COMMENTAIRES DÉTAILLÉS

Nous commenterons maintenant, l'un après l'autre, chacun des thèmes présentés par le projet de loi.

1- Une nécessaire clarification des concepts d'«instance locale» et d'«établissement»

Comme remarque préliminaire, certains termes mériteraient d'être définis, en particulier «l'instance locale» et «l'établissement». Certains articles distinguent, d'autres confondent les deux termes. À cet égard, nous vous référons aux articles 41 et 45 du projet de loi.

2- L'accès à des renseignements contenus au dossier de l'utilisateur

Les articles numérotés 1, 3 et 5 du projet de loi concernent l'accès à des renseignements contenus au dossier de l'utilisateur.

Nous sommes d'accord avec les dispositions balisant l'accès à cette information dans le cadre d'une prise en charge et du suivi d'un patient, ainsi qu'avec les conditions d'exception permettant d'avoir accès à une telle information sans le consentement du patient, tel que précisé à l'article numéro 1.

Toutefois, lorsqu'une information est transmise à une personne ou à un organisme dans le cadre d'un mandat ou d'un contrat de service (art. 27.1 apporté par l'art. 5), on stipule que l'information doit être détruite lorsque le mandat est exécuté ou le contrat terminé. Nous attirons votre attention sur le fait que cette disposition pourrait contrevenir à des règlements d'ordres professionnels obligeant la conservation des dossiers médicaux pour des périodes prescrites (p.ex. 5 ou 10 ans).

3- Les commissaires aux plaintes et les comités de vigilance

Les articles 10 (local), 25 et 28 (régional) précisent les mandats confiés aux commissaires aux plaintes, et les articles 83 (local) et 148 (régional) créent et définissent les mandats des comités de vigilance chargés d'établir les liens entre les conseils d'administration et les commissaires aux plaintes.

D'une part, nous constatons que les mandats confiés aux commissaires aux plaintes sont élargis et incluent «une situation qui pourrait faire l'objet d'une plainte», ainsi que les plaintes verbales. Le message peut être rassurant pour le public puisqu'on augmente ainsi la sensibilité du système pour ne rien échapper. Par contre, cet élargissement peut avoir l'effet pervers d'engorger le système de plaintes et de le rendre ainsi paradoxalement inefficace en perdant un peu de la spécificité permettant d'intervenir dans les situations méritant une attention particulière.

Il y a du pour et du contre à la mise en place de comités de vigilance. L'aspect positif repose sur la souplesse que procurent les communications avec les commissaires aux plaintes par rapport à une reddition de comptes devant l'ensemble du conseil d'administration. L'aspect négatif est la possibilité que le comité de vigilance puisse représenter une forme de filtre entre le commissaire aux plaintes et l'ensemble des membres du conseil d'administration. Ce risque pourrait être atténué si le commissaire aux plaintes pouvait assister aux réunions du conseil d'administration et y répondre aux questions des membres.

Enfin, nous notons au passage, l'ajout de l'assistance des usagers par des organismes communautaires lorsqu'une plainte est acheminée au conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (arts 32 et 33). Il faut s'assurer toutefois, que cette assistance, souhaitable et bénéfique, ne devienne pas une façon d'alourdir ou de judiciaireiser le processus d'analyse d'une plainte par un comité d'études de plaintes.

4. Les réseaux locaux (Centres de santé et de services sociaux)

L'article 41 introduit le chapitre sur les réseaux locaux de santé et de services sociaux et les articles qui en découlent. Quelques interrogations surgissent :

À l'article 99.5, pourquoi préciser que «l'instance locale est responsable, **de manière exclusive**, de définir un projet clinique et organisationnel»? La pertinence de cette précision est d'autant moins claire que le projet clinique «doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales». À titre d'exemple, le département régional de médecine générale (DRMG) et d'autres intervenants n'ont-ils pas des responsabilités pouvant influencer, de façon significative, le projet clinique de l'instance locale? Et l'agence régionale n'aura-t-elle pas un rôle de validation et d'approbation des projets cliniques?

À l'article 99.7, 4^e paragr., on ne peut que se réjouir de retrouver des outils que nous demandons depuis plusieurs années pour le médecin, afin de créer les conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux. On ne peut qu'applaudir à cette obligation, maintenant dans la loi, faite au réseau de soins de santé de permettre au médecin l'accès à des plateaux techniques et aux résultats d'examen diagnostiques, aux profils médicamenteux et aux résumés de dossiers de ses patients. Sans minimiser la volonté politique inscrite dans une loi, il subsiste tout de même deux questions opérationnelles non négligeables : Quand et comment ces intentions seront-elles observables sur le terrain?

Enfin, le dernier paragraphe de cet article mentionne l'accès «à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des soins». Nous soulignons ici, au passage, la reconnaissance dans la loi du rôle implicite et essentiel du «médecin de famille». Cet énoncé signifie-t-il, toutefois, l'obligation d'une demande de consultation par le médecin de famille pour avoir accès au médecin spécialiste?

L'article 48 introduit les articles relatifs aux conditions d'utilisation des services de télésanté. Peut-être faudrait-il préciser à l'article 108.1 que l'obligation pour un établissement de conclure une entente ne vaut que si l'utilisation de services de télésanté est requise.

5. Les conseils d'administration

Les articles 51,59,61,65 et 69 définissent la composition des conseils d'administration. Nous soulignons l'ajout de membres «reconnus pour leur compétence en gestion» dans chacun des conseils envisagés.

6. Les privilèges des médecins en établissement universitaire

Les articles 87, 105 et 106 précisent que le plan d'effectifs médicaux dans les instituts et centres hospitaliers universitaires doit «indiquer la répartition, entre les médecins, des tâches relatives à l'activité clinique, à la recherche et à l'enseignement». Voilà une nécessité que nous appuyons et à laquelle il faudrait ajouter les activités administratives et l'évaluation des technologies.

7. L'Agence régionale de la santé et des services sociaux

L'article 120 définit le mandat de l'agence régionale.

L'article 129 transforme le plan régional d'organisation de services actuel en plan stratégique pluriannuel, dont on retrouve l'équivalent du niveau national québécois à l'article 155 relatif au mandat du Ministre. On note dans ces deux articles, la disparition d'une référence à la *Politique de la santé et du bien-être* par les termes moins contraignants de «la promotion d'activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population». Doit-on comprendre ici qu'il n'y a plus d'objectifs à atteindre ni d'échéanciers pour le faire?

8. La certification des résidences de personnes âgées

L'article 128 précise l'obligation et les conditions de certification des résidences de personnes âgées. On mentionne que les critères sociosanitaires à respecter seront définis par règlement et que l'organisme responsable d'émettre l'attestation de conformité doit être mandaté par le Ministre.

Nous partageons l'objectif visé par le projet de loi en cette matière soit d'assurer la meilleure qualité de soins possible à la clientèle vulnérable des personnes âgées. Nous craignons, toutefois, que le processus de certification ne crée une lourdeur bureaucratique et ne puisse garantir l'atteinte de la qualité souhaitée.

L'article 346.0.9 prévoit que l'agence ait le pouvoir de nommer des inspecteurs aptes à vérifier le respect des normes. Mais, il ne faudrait pas consacrer plus de ressources à faire de l'inspection qu'à offrir les services requis par la clientèle.

Même si des événements qui ont fait la manchette l'an dernier peuvent expliquer en partie le désir d'un meilleur encadrement des services dans les résidences de soins prolongés, force est de constater que les mesures coercitives ont des seuils au-delà desquels ils deviennent inefficaces. Le contexte démographique du Québec créera inévitablement une pression énorme sur les besoins en hébergement au cours des vingt prochaines années alors que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans doublera. En serons-nous encore à donner des certificats de conformité et à faire des inspections dans des établissements dont le nombre ne suffira plus à la demande? Et que ferons-nous s'il n'y a pas conformité mais que les personnes vulnérables sont prêtes à y être hébergées faute de mieux?

N'y aurait-il pas lieu d'explorer dès maintenant des voies plus prometteuses? Pourquoi ne pas soutenir financièrement les familles et les proches des personnes en perte d'autonomie pour qu'ils puissent choisir eux-mêmes l'aide adaptée aux besoins? Il est vraisemblable qu'un tel soutien permettrait des services plus humains, moins institutionnalisés, mieux adaptés, de meilleure qualité et, tout compte fait, possiblement moins coûteux.

Le jour approche où les concepts institutionnels traditionnels devront laisser la place à de nouvelles formes de solidarité sociale et de services. Il serait intéressant que le réseau de santé investisse dans l'expérimentation de façons moins lourdes d'offrir les services de soutien de base dont nous aurons besoin demain.

9. *La Table régionale en médecine spécialisée*

L'article 136 mandate la commission médicale régionale pour créer une table régionale en médecine spécialisée équivalente au département régional de médecine générale. L'idée n'est pas mauvaise mais pose des difficultés pratiques, particulièrement en région urbaine universitaire. Comment seront choisis les chefs de départements de médecine spécialisée? Et, dans un tel contexte, quel sera le pouvoir réel de cette table?

10. *Le pouvoir d'inspection de l'Agence*

L'article 151 définit les pouvoirs que peut exercer une personne mandatée par l'agence régionale pour effectuer une inspection. On y précise que l'inspecteur «peut examiner tout document relatif aux activités exercées dans cette installation et en tirer copie». N'y aurait-il pas lieu de mieux baliser l'accès au dossier médical du patient? N'y a-t-il pas risque de superposition de juridiction, par exemple, avec celui des ordres professionnels?

11. *Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)*

La section sur les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) introduite par l'article 159 est l'une des plus importantes du projet de loi. L'article 436.6, relativement au mandat des RUIS a particulièrement attiré notre attention. On y mentionne que les RUIS doivent formuler des propositions sur :

« (...)

- 2° la formation médicale et la répartition, auprès des établissements membres du réseau, des étudiants de la faculté de médecine de l'université associée au réseau;
- 3° l'assistance offerte à la faculté de médecine de l'université associée au réseau pour le déploiement de la formation médicale en région;(…)»

Il nous apparaît utile de rappeler que l'agrément des programmes postdoctoraux de même que l'agrément des milieux de stage et les capacités d'accueil des programmes relèvent du Collège des médecins du Québec. À ce titre, compte tenu de sa mission notamment en matière de formation médicale, nous croyons qu'il pourrait être essentiel que le Collège des médecins du Québec soit présent à la Table de coordination des RUIS, comme défini à l'article 436.8.

12. *La circulation et la conservation des renseignements médicaux*

Avec la section précédente sur les RUIS, les articles 172 et 173 définissant le cadre permettant la conservation et la circulation des renseignements médicaux dans les réseaux utilisant les nouvelles technologies de l'information sont les plus importants de ce projet de loi.

Sans ce cadre légal, auquel nous souscrivons pleinement, nous ne pourrions pas offrir au médecin l'accès aux résultats et aux informations médicales nécessaires pour prendre les décisions appropriées, en temps opportun pour ses patients.

Nous souscrivons en particulier aux principes énoncés au chapitre I de l'article 173 (art. 520.6).

Nous nous interrogeons cependant sur deux points :

- 1- Comment sera-t-il possible de gérer, de façon efficace, la possibilité de consentement et de refus de l'utilisateur, qui semble illimitée et qui risque d'entraîner de la confusion?
- 2- Le cadre légal étant établi et adopté, combien de temps devons-nous attendre l'implantation de ces réseaux d'information?

Comme nous l'avons mentionné lors de la Commission parlementaire sur le projet de loi n° 25, la communication et la transmission de l'information est l'ingrédient indispensable pour que les réseaux locaux de santé passent du vœu pieux à une réalité clinique, utile et fonctionnelle.

Nous nous réjouissons de constater que le cadre légal proposé devrait permettre de passer le plus vite possible à l'implantation d'un réseau de communication efficace.

Il sera également important d'informer la population de la constitution de telles banques de données et sur les mécanismes mis en place pour assurer la confidentialité des données et la sécurisation des accès et, surtout, sur les bénéfices concrets dont elle profitera de façon tangible.

13. De nouveaux rôles pour le Protecteur du citoyen et la RAMQ

Enfin, nous approuvons également l'intégration du Protecteur des usagers du réseau de la santé au mandat du Protecteur du citoyen ainsi que les nouveaux mandats confiés à la Régie d'assurance-maladie du Québec en tant que gestionnaire des consentements d'accès aux renseignements médicaux et d'organisme support au déploiement des systèmes de conservation des renseignements personnels.

CONCLUSION

En résumé, le Collège des médecins du Québec réagit de façon mitigée au projet de loi n° 83 :

Parmi les éléments plutôt positifs, le Collège des médecins du Québec:

- reconnaît la proposition innovatrice et prometteuse que représentent les RUIS, mais également les embûches qu'il faudra surmonter pour en faire une réalité;
- souligne le cadre légal essentiel pour permettre la conservation et la circulation des renseignements médicaux mais aussi la lourdeur du processus de gestion des consentements et des refus ainsi que les délais à prévoir avant que ces réseaux de communication deviennent une réalité;
- reste convaincu de la pertinence de la mise en place et du développement des réseaux locaux et de la consolidation des services de proximité amorcée par le projet de loi n° 25 et poursuivie par le présent projet de loi.

Parmi les éléments plutôt négatifs, le Collège des médecins du Québec :

- déplore le message politique ambigu visant, d'une part, à responsabiliser et stimuler les réseaux locaux de santé et, d'autre part, à multiplier les mécanismes de contrôle, d'inspection et de reddition de comptes, au risque de dédoubler les mécanismes existants;
- appréhende une hypertrophie de la bureaucratie nécessaire aux mécanismes de contrôle proposés;

- **souhaite une clarification des notions et des juridictions des «instances locales» et des «établissements»;**
- **souligne les limites de l'autonomie des réseaux locaux, mais surtout, celles des mécanismes de certification et d'inspection des établissements pour personnes âgées;**
- **observe que l'approche générale est plus défensive que proactive et qu'il serait souhaitable de développer des chantiers d'innovation et des nouvelles façons de faire plus souples pour répondre aux défis qui sont déjà là.**

Le Collège des médecins du Québec vous réitère sa disponibilité pour discuter des questions soulevées et des avenues de solutions envisageables.

Nous vous remercions de nous avoir permis de partager nos réflexions et demeurons disponibles pour la période de questions qui suit.

Merci.