

# Le projet de loi 25

## l'organisation clinique avant les structures

Le 11 novembre dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, a déposé à l'Assemblée nationale le projet de loi 25 proposant la création d'agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, qui succéderaient aux actuelles régies régionales. Ces agences devront mettre en place sur leurs territoires un ou des réseaux intégrés de services qui n'auraient pas d'entité légale propre. Ils seraient plutôt le résultat d'une organisation comprenant une « instance locale » à laquelle seraient associés, par des ententes, des entreprises communautaires, des ressources privées et des médecins de famille. Cette instance locale serait le fruit d'une fusion forcée entre les établissements d'un territoire, qui offrent les services d'un centre hospitalier, d'un CLSC et d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Un seul conseil d'administration formé de 15 membres serait établi. Le directeur général de ce nouvel établissement y siègerait, mais le projet de loi est silencieux quant aux autres membres. Les centres hospitaliers universitaires et affiliés seraient exclus de ce regroupement, mais le modèle d'organisation clinique proposé par l'agence devrait s'inscrire dans les orientations du réseau universitaire.



### Des intentions louables, une approche inappropriée

La mise en place de réseaux de services est un objectif souhaitable. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ne peut que souscrire à de tels modèles d'organisation souhaités par les médecins de famille. Ces réseaux existent déjà dans plusieurs territoires, et leurs modalités ont été définies selon la réalité du milieu. Ils se sont développés, à l'intérieur des structures actuelles. C'est le leadership des dirigeants locaux et régionaux qui a permis de tels projets collectifs plutôt que des changements forcés des structures. L'expérience de la région de Laval est très intéressante en ce sens.

C'est une tout autre approche qui est mise de l'avant par le projet de loi 25. Les agences devront imposer la fusion de divers établissements dont la mission est différente. Si elles ne proposent pas au ministre les réseaux locaux issus de ces fusions forcées, elles seront mises en tutelle sans autre motif. En outre, dans certaines régions, l'agence sera en quelque sorte assujettie aux orientations des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) qui, faut-il le rappeler, n'existent pas encore légalement. C'est le modèle uni-

forme de gouverne locale et régionale qui est proposé pour l'ensemble de la province, sans tenir compte des particularités de grandes régions comme Montréal ou Québec.

Une approche aussi autoritaire soulève beaucoup d'inquiétude. Dans ce nouvel établissement, dont le conseil d'administration pourrait être dominé par des représentants de l'hôpital, quelle priorité sera accordée aux services de première ligne, tant curatifs que préventifs et sociaux ? Ne seront-ils pas relégués au second plan face aux problèmes budgétaires récurrents de l'hôpital ? Ces points de services qui donnent des soins de premier niveau ne deviendront-ils pas de simples succursales d'un hôpital ? Le projet de loi ne donne aucune garantie sur la présence de représentants des centres de soins de première ligne au sein du conseil d'administration de cette instance locale, ni sur le respect des missions spécifiques des établissements fusionnés. Quels seront la place des médecins de famille et le rôle du Département régional de médecine générale dans ce nouvel organigramme ? Pourquoi n'explore-t-on pas d'abord les mécanismes déjà prévus par la loi pour fusionner des établissements et mettre en place des réseaux de soins ? Quel est l'agenda du Ministère derrière cette réforme structurelle qui ne serait que la première étape, dit-on,

d'une refonte de la Loi sur les services de santé et les services sociaux? Trop de questions demeurent sans réponses pour que nous donnions d'emblée notre appui à cette « ré-ingénierie » du réseau de la santé.

### Construire sur des consensus

D'imposer d'autorité une fusion d'établissements, alors que le besoin ne se fait pas encore sentir, créera d'importantes résistances. Elles draineront beaucoup d'énergie qu'il vaudrait mieux utiliser à construire progressivement les réseaux intégrés de services souhaités par tous. Au cours des dernières années, les fusions forcées ont été majoritairement des échecs ou sont, dans certains milieux, même après plusieurs années, une source de tension importante au détriment des objectifs recherchés. À l'inverse, d'autres fusions ont connu une grande réussite, car elles ont été réalisées en deuxième étape à la suite de consensus établis sur un modèle d'organisation intégrée. Des changements imposés d'en haut ont peu de chances de succès sans la participation des intervenants d'en bas. La mise en place de réseaux intégrés exige bien davantage la collaboration des intervenants sur le terrain qu'une fusion juridique.

### D'abord l'organisation clinique

Les éléments de gouverne locale et régionale proposés par le ministre ne sont pas sans intérêt. Les concepts qui sous-tendent ce modèle d'organisation doivent être retenus. Toutefois, ils ne peuvent intervenir en première étape. Parler de structures avant de parler d'organisation clinique, c'est mettre la charrue devant les bœufs. Un réseau intégré de services exige plusieurs éléments qu'il faut patiemment mettre en place, bien avant d'apporter les modifications structurelles. Ces dernières devraient être la conclusion du processus et non le préambule.

Il faut aussi insister sur l'importance des services de première ligne, car ils constituent la base d'un bon système de santé. Les structures administratives doivent traduire cette priorité. Enfin, un changement de structures ne règlera pas tout. L'exercice aura d'ailleurs peu d'effet si des ressources ne sont pas ajoutées.

Dans sa forme actuelle, le projet de loi 25 ne donne pas ces garanties. Il doit donc être amendé. ☹

*Renald Dutil, m.d., Président*

Montréal, le 19 novembre 2003

## Communiqués de presse et autres documents

- **Bulletin de nouvelles de la FMOQ** – La nouvelle entente particulière sur les activités médicales particulières est en vigueur! – Vol. 23, n° 4, novembre 2003
- **Communiqué de presse** – Projet de loi 25 : La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'inquiète de la place des soins de première ligne au sein des nouveaux réseaux de la santé – 11 novembre 2003
- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec propose son soutien à l'établissement d'un campus offrant un programme d'études prédoctorales en médecine à Trois-Rivières – 4 novembre 2003
- Guide pratique à l'intention des médecins – Grossesse et adoption : congés prévus aux ententes
- **Bulletin de nouvelles de la FMOQ** – Activités médicales particulières – Les négociations se poursuivent – Vol. 23, n° 3, septembre 2003
- Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : évolution des effectifs et des profils de pratique – Juillet 2003
- **Lettre** – Nouvelle entente sur les activités médicales particulières (AMP) : les médecins ne seront pas tenus d'adhérer dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003 – 14 juillet 2003
- Lettre du D<sup>r</sup> Renald Dutil à l'attention de tous les médecins omnipraticiens du Québec – 30 juin 2003
- **Communiqué de presse** – Les médecins omnipraticiens du Québec estiment que tous les acteurs du réseau de la santé doivent fournir des efforts pour assurer la continuité des services en salle d'urgence – 19 juin 2003
- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec réagit au budget de dépenses du gouvernement Charest – 13 juin 2003

[www.fmoq.org](http://www.fmoq.org)