



## Le projet de loi 83

### vers une sectorisation excessive des services de santé

*Jusqu'à ce jour, le projet de loi 83 a soulevé peu d'intérêt dans les médias, tant ces derniers ont été accaparés par le dossier du CHUM. Et pourtant, ce projet de loi, dont la facture est très technique, va bien au-delà de la simple harmonisation promise par le ministre Philippe Couillard. Il boucle la boucle d'une refonte majeure de notre système de santé.*

#### Une approche par programme et par secteur

Le projet de loi 83 propose que l'Instance de chaque réseau local de santé ait une responsabilité envers sa population et des budgets pour assurer les services dont cette dernière a besoin. L'Instance devra établir des corridors de services spécialisés et mettre sur pied des programmes cliniques pour des clientèles précises, comme les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Une fois ces éléments en place, les patients d'une instance n'auraient guère le choix d'utiliser les ressources offertes au sein de cette instance ou par l'intermédiaire des corridors de services établis. La FMOQ est d'avis qu'il s'agit d'un dirigisme excessif qui n'est pas conforme à la mobilité des Québécois, surtout dans les milieux urbains. Certes, l'article 6 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est maintenu, et rien dans le projet de loi 83 n'interdit formellement de consulter le médecin de son choix. Toutefois, les règles administratives et de gestion qui découleront de ces propositions viendront, dans les faits, limiter ce choix. Cela signifie que la liberté du médecin omnipraticien d'orienter un patient vers un spécialiste ou un hôpital pourrait être contrainte à l'intérieur des corridors de services de l'instance locale. Hormis



Photo : Emmanuèle Garnier

les situations d'urgence, quel serait l'intérêt d'une instance locale, dont le budget n'est établi que pour la population de son territoire, d'offrir des services à une personne d'un autre territoire ?

Le maintien de l'article 6 de l'actuelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* n'est pas une garantie suffisante. Cet article n'a pas empêché la sectorisation des soins psychiatriques ni celle par territoire de CLSC. Il suffit de changer de rue ou de quartier pour devoir changer de psychiatre traitant ou de CLSC. Les méde-

cins de famille en cabinet privé, dont la clientèle n'est pas sectorisée, sont bien au fait des effets pervers d'une sectorisation rigide, dont les bénéficiaires visent surtout l'établissement.

La FMOQ ne condamne pas le principe même de la sectorisation, si on y ajoute les éléments de souplesse requis. Cette sectorisation est même nécessaire pour certains services. Toutefois, quelle sera la liberté de choix du patient quand on aura décidé pour lui de l'Instance qui lui fournira les services techniques et spécialisés dont il a besoin, de l'équipe du projet clinique responsable de son suivi et du corridor de services pour les soins ultraspecialisés ? Le débat doit se faire sur cette question avant que tout ne soit mis en place à l'insu des Québécois et des Québécoises.

### **Les autres éléments du projet de loi 83**

Le projet de loi 83 comporte aussi d'autres éléments fort intéressants. Il accorde beaucoup d'importance aux services de première ligne et au maintien des différentes missions des établissements déjà prévues par la Loi. On constate aussi la volonté manifeste du ministre de voir les cabinets privés participer, à plusieurs niveaux, à cette intégration des soins. Ainsi, les médecins de cabinet privé du territoire de l'Instance auront, pour la première fois, un représentant au conseil d'administration de chaque instance locale. Toutefois, la FMOQ a fait certaines mises en garde au ministre à ce sujet. La Fédération n'accepterait pas que tous les omnipraticiens exerçant en cabinet privé aient à s'engager par contrat avec l'instance locale de leur milieu. Ces médecins sont déjà assujettis aux activités médicales particulières (AMP) et à leur plan régional d'effectifs médicaux (PREM), en plus

d'être régis par leur département régional de médecine générale (DRMG). Certains autres sont membres de groupes de médecine de famille (GMF) et bientôt de cliniques-réseaux de Montréal sous la forme d'engagements contractuels avec l'Agence ou l'Instance. Rappelons également que près de 80 % des omnipraticiens sont affiliés à un établissement. Cela suffit. Ce n'est pas par l'ajout de nouvelles contraintes que nous allons persuader ces médecins de famille de mieux intégrer leurs actions à leur réseau local de services, bien au contraire.

Enfin, ce nouveau brassage des structures n'ajoute aucune ressource nouvelle au réseau. Les pénuries que nous connaissons, dont le manque de médecins omnipraticiens, ne seront donc pas résolues.

*Le président,*

*Renald Dutil, M.D.*

Le 21 février 2005

## **La FMOQ vers un XV<sup>e</sup> congrès syndical !**

Les 17 et 18 novembre prochain se tiendra le XV<sup>e</sup> Congrès syndical de la FMOQ. Sous la thématique « **Le médecin de famille de 1992 à 2015 : bilan et perspectives** », tous les membres de la FMOQ sont invités à deux journées de conférences, de plénières et d'ateliers qui se tiendront à l'Hôtel Sheraton Laval. Cette rencontre convie l'ensemble des médecins à une vaste consultation et à l'échange d'idées sur certains sujets chauds du syndicalisme médical et vise ainsi à élaborer les grandes orientations de la FMOQ pour les années à venir.

À l'occasion de cet événement, la FMOQ célébrera le 40<sup>e</sup> anniversaire de la publication *Le Médecin du Québec*, tout particulièrement au cours d'un cocktail qui aura lieu le jeudi soir.

Vous recevrez de plus amples renseignements relativement au programme de ce congrès syndical et à l'inscription dans les prochains mois.

