


Mémoire

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux
Assemblée nationale du Québec

Novembre 2014

RELATIVEMENT AU PROJET DE LOI N^o 10

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

 Ordre des conseillers
et conseillères d'orientation
du Québec

 OPPJ
ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

 Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

 OPSQ
ORDRE PROFESSIONNEL
DES SEXOLOGUES
DU QUÉBEC

 Ordre
des ergothérapeutes
du Québec
OEQ

 Ordre des technologues
en **imagerie médicale**,
en **radio-oncologie** et en
électrophysiologie médicale
du Québec

 Ordre
des Sages-Femmes
du Québec

 T.M.
ORDRE PROFESSIONNEL DES
TECHNOLOGISTES MÉDICAUX
DU QUÉBEC

MÉMOIRE

LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU
RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT
PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES

Monsieur le Président,

Monsieur le Ministre,

Mesdames et messieurs les Parlementaires

Contexte

Les ordres professionnels québécois sont constitués en vertu du *Code des professions du Québec*, avec comme fonction principale de protéger le public. C'est en vertu de ce mandat que les ordres donnent leur avis sur les décisions qu'envisagent les décideurs publics, lorsque de telles propositions sont susceptibles d'avoir un impact sur l'accessibilité, la qualité ou la sécurité des services professionnels offerts à la population québécoise par leurs membres.

C'est ainsi que l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ), l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ), l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec (OTIMROEPMQ), l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ), l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), l'Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ) et finalement l'Ordre professionnel des technologues médicaux du Québec (OPTMQ) adressent le présent mémoire à la Commission, compte tenu de la possibilité que le Projet de loi n° 10 puisse avoir de tels impacts sur les services des 29 404 professionnels qu'ils encadrent.

Certains ordres ont fait une présentation devant la Commission ou ont soumis leur propre mémoire. Nous avons néanmoins jugé opportun de préparer le présent document pour exprimer une réflexion et des préoccupations communes lorsque c'est le secteur de la santé et des relations humaines du système professionnel comme tel, et non une profession en particulier, qui est interpellé. Aussi, bien que la réorganisation proposée vise certes des objectifs louables auxquels les ordres signataires souscrivent, les moyens mis en place pour y arriver soulèvent certaines préoccupations dont nous souhaitons vous faire part.

Réserve relative à notre champ d'expertise

Tel que mentionné dans les notes explicatives du Projet de loi n° 10, ce dernier vise essentiellement à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacite de ce réseau.

Les ordres signataires, ayant comme mission d'assurer la protection du public, sont de prime abord favorables à l'idée d'une réforme qui vise à améliorer les services offerts à la population.

Toutefois, il apparaît d'emblée que le Projet de loi n° 10 porte sur la gouvernance des services et non directement sur les services comme tels. Plus précisément, selon nous, il constitue avant tout une modification dans la structure du pouvoir qui s'exerce dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, nul ne peut nier la complexité inhérente à la dimension systémique, voire même multisystémique, des activités du réseau de la santé et des services sociaux.

Or, les ordres ne revendiquent pas l'expertise pour commenter la pertinence de privilégier une forme ou une autre d'organisation ou de gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux.

Cependant, on ne peut pas omettre l'existence de l'édifice législatif professionnel dont sont issus les ordres et qui permet d'encadrer l'exercice de nos membres. Ce sont ces mêmes membres qui déploient leurs compétences dans le réseau de la santé et des services sociaux. De plus, ces derniers doivent exercer leurs activités professionnelles avec qualité dans le respect des normes professionnelles et des règles déontologiques applicables que nous édictons.

Aussi, les ordres sont du coup préoccupés par les impacts qui sont susceptibles de découler de la réforme proposée sur le travail de leurs membres et, ultimement, sur la qualité et l'accessibilité des soins et services offerts à la population québécoise.

C'est pourquoi, sans être en mesure de préciser qu'une disposition particulière du Projet de loi n° 10 a une grande probabilité d'avoir un impact positif ou négatif sur les services, nous voulons porter l'attention de la Commission sur quelques aspects de la prestation de services dont il faut se soucier et pour lesquels il faudrait pouvoir s'assurer que les changements envisagés n'auront pas d'effets délétères sur le public. Nous croyons que c'est là la responsabilité du législateur d'y veiller.

L'encadrement des services par les établissements

Les établissements partagent une responsabilité quant à la qualité des services rendue aux usagers par les professionnels, notamment en évaluant la qualité des services.

Aussi, bien que cette gouverne administrative existe actuellement, force est d'admettre que pour les professionnels de nos ordres qui sont, lorsqu'à l'emploi, membres des conseils multidisciplinaires (CM) ou des conseils sage-femme constitués dans les établissements, elle s'avère ne pas être suffisamment développée par rapport à ce qui existe par exemple pour les médecins (DSP, CMDP, chefs de services et de départements médicaux) ou les infirmières (DSI et CII). Cet état de fait n'aura définitivement pas permis de créer des liens de partenariat aussi forts que requis entre les ordres concernés et ces instances de gouverne des établissements.

De plus, comme leurs actions visent à soutenir le développement des pratiques cliniques appropriées dans les établissements en visant la sécurité des patients, l'accessibilité, la continuité et la qualité des services et des soins qui sont offerts, il nous semble aller de soi que cela offre une réponse aux nombreux défis du réseau. Sur cette base, nous sommes préoccupés de comprendre comment ce projet de loi ne viendra pas fragiliser encore plus ce qui, à notre avis, est déjà lacunaire. Comment s'assurera-t-on que ces instances soient présentes dans les établissements, pour l'ensemble de ses points de services et avec des ressources suffisantes pour actualiser leurs rôles et responsabilités de façon efficace? Cela est d'autant plus inquiétant que le réseau requiert un environnement qui favorise une réelle collaboration interprofessionnelle et de pouvoir miser sur les personnes qui donnent les

services pour l'adoption des meilleures pratiques. Le risque que les instances décisionnelles s'éloignent des professionnels est réel et susceptible d'affecter l'accessibilité à des services publics de qualité.

Pour la protection du public, il faudrait pouvoir s'assurer que ce type et ce niveau d'encadrement pour les professionnels ne soient pas amoindris par les modifications envisagées dans le Projet de loi n° 10.

La réponse aux besoins de la population locale

Tant en santé physique que mentale, dans le domaine social ou de la réadaptation, la recherche fait fréquemment ressortir que le contexte (environnement physique, social, économique) est un élément déterminant et qu'il contribue, en interaction avec divers facteurs, à maintenir des situations problématiques ou à les résoudre.

L'objectif de simplification et d'allègement soutenant le Projet de loi n° 10 ne peut pas être atteint de manière satisfaisante s'il amène à se passer de la considération du contexte local dans l'appréciation même d'une maladie ou d'un problème et dans son traitement ainsi que dans la mise à contribution des ressources de la communauté.

La considération du contexte local n'est pas uniquement un enjeu politique. C'est aussi, dans plusieurs cas, un incontournable dans la prévention et le traitement adéquat et efficace d'une maladie, d'un trouble, d'une déficience ou d'un problème psychosocial. Dans le cadre de la structure organisationnelle actuelle, la prise en considération du contexte local se fait relativement aisément puisque les décideurs sont en région et connaissent bien le contexte propre à leur territoire. Or, en regroupant les instances et en centralisant les décisions au niveau des CISSS (régional), nous craignons que le contexte local ne soit pas adéquatement pris en considération en raison de l'éloignement physique des décideurs ainsi que de leur méconnaissance des spécificités des contextes locaux. Comment les services de proximité, notamment pour les clientèles les plus vulnérables (par exemple les personnes handicapées, les personnes âgées en perte d'autonomie), dont la disponibilité et l'accessibilité doivent être accrues et améliorées le pourront-ils sous le coup de cette réforme?

Comment le législateur prévoit-il s'assurer que le contexte local demeure à l'avant-plan des décisions prises par les instances décisionnelles afin d'offrir les services requis par la population, et ce, en dépit de l'élargissement des territoires?

Le soutien au développement des pratiques interprofessionnelles

Plusieurs avancées récentes dans la capacité collective à assurer le bien-être sociosanitaire de la population, tel que la modernisation des professions en santé mentale et en relations humaines (Projet de loi n° 21), se sont appuyées sur le développement de l'interdisciplinarité. D'ailleurs, les avantages du travail en multidisciplinarité et en interdisciplinarité dans le secteur de la santé et des services sociaux sont bien connus et documentés, et l'importance d'encourager de telles pratiques a été reconnue par le législateur québécois, notamment dans le cadre du Projet de loi n° 90 et, plus récemment, du Projet de loi n° 21.

La possibilité de concerter les expertises d'évaluation et les efforts d'intervention est non seulement vu bien concrètement comme avantageuse par les bénéficiaires des services eux-mêmes (par exemple lorsqu'on réduit les références et le passage par plusieurs listes d'attente et qu'on leur évite d'innombrables recommencements), mais elle permet surtout davantage d'efficience, puisque les expertises s'additionnent au lieu de se multiplier. De fait, la contribution de plusieurs professionnels dans un contexte de complémentarité permet de répondre de façon plus juste et efficace aux besoins de la population.

Les contributions de l'ensemble des professionnels, en complémentarité et en respect de leurs compétences et de leurs champs d'exercice, sont nécessaires à une réponse adaptée, pertinente et efficiente aux divers besoins biopsychosociaux de la population. Actuellement, on convient que l'approche interprofessionnelle, comme valeur et comme façon de planifier et d'offrir les services, est loin d'avoir atteint au Québec le niveau qu'elle devrait et pourrait avoir.

Il est évidemment plus facile de développer des liens d'interdisciplinarité locaux et de mobiliser des synergies locales plutôt qu'à grande échelle régionale.

C'est pourquoi il faudrait pouvoir s'assurer que les modifications structurales apportées par le Projet de loi n° 10 ne constituent pas une entrave au soutien du développement des pratiques interprofessionnelles.

La mission académique

Les soins et les services sont offerts à la population dans un modèle qui intègre les missions d'enseignement et de recherche. Cette mission académique dévolue aux établissements est particulièrement importante pour les ordres professionnels, d'autant plus que les activités qui y sont liées sont aussi réalisées par les professionnels membres de nos ordres, par exemple au niveau de l'enseignement, lorsqu'ils reçoivent et encadrent des stagiaires. Le réseau, fort d'un partenariat historique avec les maisons d'enseignement (collèges et universités), s'est même doté de liens formels, notamment avec ses partenaires universitaires et collégiaux qui sont rattachés aux divers établissements désignés du réseau. Ce modèle intégré permet d'assurer une formation de pointe et enrichie par les nouvelles connaissances aux futurs professionnels. Cela est primordial quant au maintien de l'équilibre d'un système en interdépendance, par exemple en termes de disponibilité de ressources compétentes pour l'ensemble des régions du Québec. Cela est de plus de première

importance pour les ordres qui, dans leurs responsabilités de contrôle de l'exercice, s'assurent de délivrer un permis de pratique aux seules personnes ayant obtenu un diplôme qualifiant, lequel doit reposer pour une part non négligeable sur la qualité de cette formation clinique reçue lors des stages. Les ordres doivent en effet s'assurer de l'adéquation entre la formation reçue des futurs membres et les normes attendues dans la pratique. Aussi, des enjeux sont déjà présents et avoués dans le réseau entre autres au niveau des dimensions de la coordination des activités de stages et liés tant à la disponibilité de la main-d'œuvre qui s'investit dans cette mission qu'aux obstacles organisationnels qui ne favorisent pas la réalisation de ces activités. On peut se demander comment le Projet de loi n° 10 peut garantir que cela ne sera pas mis à mal sachant que le modèle est déjà fragilisé dans certaines professions.

S'assurer que les modifications structurales mises de l'avant par le Projet de loi no 10 ne constituent pas une entrave à la mission académique des établissements et viennent au contraire permettre de consolider cette essentielle mission

Des services différenciés et spécialisés et l'équilibre des différentes missions

Le réseau de la santé et des services sociaux, pour répondre aux besoins variés et complexes de sa population, doit s'inscrire dans une offre de services adaptée, tout aussi complexe, différenciée, spécialisée et hiérarchisée. Les ordres sont sensibles à ce que la mission et l'expertise des centres actuels, et donc des professionnels qui y œuvrent, soient préservées malgré la création des centres intégrés de services régionaux. Un réseau efficient doit s'assurer d'actualiser des niveaux de services et de soins de 1^{re}, 2^e et 3^e ligne et de prévention, avec ses différentes missions qui cohabitent, notamment la santé mentale, la réadaptation et les services sociaux, ainsi que par des établissements qui se concentrent plus particulièrement sur des types de clientèles ou des disciplines spécifiques (ex. Institut de cardiologie, de neurologie, centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle, centre jeunesse, etc.). À cela s'ajoute l'immense défi d'une accessibilité pour l'ensemble des citoyens, peu importe leur appartenance géographique. Des efforts continus d'évaluation et d'amélioration doivent pouvoir se poursuivre. Que l'on pense au problème d'accessibilité en première ligne, notamment en santé mentale, aux longues listes d'attente dans les centres spécialisés de réadaptation, aux femmes sans suivi de grossesse, etc. Aussi est-il de plus en plus évident que tout est loin de n'être que médical ou hospitalier, mais comporte une pluralité de missions tout aussi essentielles et importantes.

Ainsi, l'amalgame de toutes ses nombreuses missions et activités dans un même et parfois gigantesque établissement remettra sur les personnes responsables d'une gouvernance restreinte et centralisée un arbitrage décisionnel qui nous inquiète. La réduction du nombre de conseils d'administration implique nécessairement la réduction des possibilités que l'ensemble de ces missions y soit représenté de manière équitable, créant possiblement un déséquilibre entre les différentes missions du réseau. La structure organisationnelle mise de l'avant par le Projet de loi n° 10 prévoit que l'ensemble des décisions relatives aux multiples services offerts au sein d'une même région sera pris par un seul et même conseil d'administration, soit celui du CISSS de cette région.

Particulièrement dans un contexte où parallèlement les ressources financières font elles aussi l'objet d'une rationalisation, cette simplification politique risque de créer de réels conflits qui ne se résoudront qu'en fonction du poids relatif des uns et des autres.

Il faudrait pouvoir s'assurer que l'élimination d'instances décisionnelles telles que les conseils d'administration sous-régionaux ne résulte pas en une concentration en des lieux réduits où l'équilibre des missions ne serait plus assuré.

Conclusion

Les ordres professionnels signataires de ce mémoire comprennent qu'une réforme d'une telle ampleur, quoiqu'elle se présente comme plutôt administrative, aura des impacts significatifs qu'il est difficile d'anticiper. De plus, nous restons perplexes quant aux résultats prévus, n'ayant pas les évidences qui nous permettraient de comprendre comment se fera l'atteinte des objectifs visés de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau.

À toute fin pratique, nous désirons appeler les décideurs à la prudence et à la rigueur, notamment pour s'assurer que le Projet de loi n° 10 prévoit des mesures afin de prévenir certains effets négatifs potentiels tels que ceux dont nous vous avons fait part.

À cet effet, nous adressons à la Commission les cinq (5) recommandations suivantes.

Dans le cadre de sa réforme en lien avec le Projet de loi n° 10, nous demandons que le Gouvernement puisse assurer aux ordres :

que le type et le niveau d'encadrement permettant l'encadrement qualitatif des soins et des services ne soient pas amoindris par les modifications envisagées dans le Projet de loi n° 10;

que l'élargissement des territoires correspondant aux instances décisionnelles ne se fasse pas au détriment de la considération du contexte local

que les modifications structurales apportées par le Projet de loi n° 10 ne constituent pas une entrave au soutien et au développement des pratiques interprofessionnelles ni à l'adoption des meilleures pratiques;

que l'élimination d'instances décisionnelles telles que les conseils d'administration sous-régionaux ne résulte pas en une concentration en des lieux réduits où l'équilibre des différentes missions du réseau ne serait plus assuré;

que les modifications ne viennent pas compromettre la réalisation de la mission académique du réseau.



Laurent Matte, c.o.
Président de l'OCOCOQ



Alain Bibeau, erg., M.Sc.
Président-directeur général de l'OEQ



Denis Leclerc
Président de l'OPPQ



Danielle Boué
Présidente de l'OTIMROEMQ



M. Denis Pelletier, pht, M. Sc.
Président de l'OPPQ



Marie-Eve St-Laurent,
Présidente de l'OSFQ



Nathalie Legault
Présidente de l'OPSQ



Nathalie Rodrigue, T.M., R.T.
Présidente de l'OPTMQ