

ProfessionSanté.ca

Projet de loi 10 – La transformation de notre plus grande entreprise québécoise

Par le Dr Alain Larouche le 28 novembre 2014 pour [L'actualité médicale](#)

Les collègues que je croise par les temps qui courent me posent invariablement la même question : qu'est-ce que tu penses du projet de loi 10 ? La réponse n'est pas simple. Permettez-moi alors d'utiliser les termes du secteur de l'assurance pour illustrer la dynamique des changements et les impacts tels que je les conçois, notamment sur l'organisation et la dispensation des services médicaux. Toutefois, au moment d'écrire ces lignes, il manque des pièces législatives pour comprendre l'ensemble de la réforme. Allons-y pour ce qui est connu à ce jour (les mots affublés d'un astérisque sont « définis » dans l'encadré ci-dessous).

PETIT LEXIQUE INSPIRÉ DU MILIEU DE L'ASSURANCE POUR ILLUSTRER LE PROJET DE LOI 10

Actionnaires avec droit de vote:	Tous les citoyens ayant le droit de vote
Assurés:	L'ensemble de la population québécoise
Siège social:	Le MSSS
Comité exécutif:	Le conseil des ministres
Compagnie d'assurance santé – OSBL:	L'État québécois. Au Canada, les juridictions provinciales sont les assureurs
Conseil d'administration:	L'ensemble des députés élus à l'Assemblée nationale
PDG:	Le ministre de la Santé et des Services sociaux
Services assurés:	Pour éviter de surcharger le texte les services assurés comprennent les services couverts par les différents régimes (santé, hospitalisation, médicament) et par les différents programmes, même si ces derniers services ne sont pas des services assurés au sens strict du terme

Le nouveau conseil d'administration* de la compagnie d'assurance santé – une OSBL* –, désigné par les actionnaires avec droit de vote*, a reçu un mandat clair : il faut revoir l'accès aux services assurés* et contrôler la hausse des fonds consacrés à leur dispensation. Les actionnaires, qui s'expriment au nom de tous les assurés*, sont en effet très insatisfaits : la capacité de payer est de plus en plus compromise, l'accès aux soins est souvent difficile et compliqué, la fluidité et la continuité font défaut, la coordination des services est déficiente, l'information est fragmentée, etc. La situation qui perdure depuis trop longtemps nécessite un changement majeur sous peine de compromettre le régime d'assurance lui-même.

Le conseil d'administration nomme un nouveau PDG* dont le mandat est à deux volets :

- diminuer les coûts rapidement pour permettre à l'OSBL de présenter un bilan en équilibre, notamment en étalant les augmentations tarifaires accordées aux médecins et en réduisant le coût des médicaments;
- améliorer l'accès aux soins, notamment aux médecins de famille.

La tâche du PDG est complexe.

L'OSBL est non seulement un assureur, mais aussi le propriétaire du réseau d'établissements et l'employeur des personnes qui y travaillent, sauf les médecins avec qui il a des ententes pour les rembourser. D'autres ententes

existent également pour d'autres types de producteurs, dont les pharmaciens communautaires, les organismes communautaires, les centres privés conventionnés, etc.

Le PDG fait un premier état de la situation au comité exécutif* du CA :

- l'offre de services est morcelée et compartimentée, du fait que le financement par programmes-services est venu influencer très fortement sur l'organisation des services. L'organisation par spécialité ou par pathologie contribue également à ce morcellement;
- le financement des établissements se fait sur une base dite historique, ce qui amène les gestionnaires à considérer les clients comme une source de dépenses et non de revenus. Ceci explique l'utilisation du rationnement pour respecter l'équilibre budgétaire;
- l'utilisation des ressources mises à la disposition des médecins pour diagnostiquer les problèmes et prodiguer des soins ne fait l'objet d'aucune entente entre les fournisseurs (établissements, pharmacies, etc.) et les prescripteurs (médecins)¹. Ceci crée une tension entre l'obligation de respecter l'équilibre budgétaire par les gestionnaires et l'obligation de prodiguer les meilleurs soins par les médecins.

Le PDG propose donc au CA de procéder à une réorganisation du réseau d'établissements en priorité et, par la suite, à une réforme du financement des établissements et une autre sur l'organisation des services médicaux, notamment la première ligne.

Les objectifs poursuivis par le PDG sont d'améliorer l'efficacité, l'efficience et la qualité des services, et d'infléchir la courbe des dépenses pour arriver à un bilan financier en équilibre.

Le PDG dépose au comité exécutif un projet de réforme majeur qui va transformer les établissements, toutes missions confondues, en établissements régionaux uniques dont les objectifs seront dictés par le siège social*. Le projet est déposé au CA de l'OSBL pour approbation.

L'onde de choc dans le réseau des établissements est majeure :

- les nouvelles organisations seront très grosses et les missions, nombreuses;
- de nombreuses personnes, surtout des gestionnaires, perdront leur poste;
- l'autonomie de prendre des décisions semble menacée par la capacité du PDG de dicter des orientations et de voir à ce qu'elles soient respectées.

Le contrat des médecins

Dans un premier temps, les médecins applaudissent à la disparition d'une partie de la bureaucratie, car ils plaident depuis longtemps que c'est difficile de faire naviguer leurs patients dans le système et d'obtenir un accès à des ressources diagnostiques ou thérapeutiques.

Mais les médecins qui œuvrent en établissement se sentent interpellés du fait que leur environnement professionnel et organisationnel va changer. En effet, à titre de travailleurs autonomes, ils détiennent un contrat à deux volets avec l'établissement où ils exercent.

Le premier volet concerne leur statut au sein du groupe de médecins² qui détiennent un contrat dans cet établissement. Ce statut leur donne différents droits de participer au contrôle de la qualité des services médicaux et d'en faire état au CA de cet établissement. Dans les faits aussi, cette appartenance à ce groupe a une dimension de représentation auprès de la direction de l'établissement par la voie de leur président, désigné par un processus électoral. La création d'un seul établissement régional signifie un groupe unique de médecins pour cet établissement, d'où un sentiment de perte de pouvoir et de représentation sur une base locale.

Le deuxième volet concerne les privilèges d'utiliser les ressources de l'établissement et les obligations reliées non seulement à cette utilisation mais aussi pour garantir à la clientèle desservie un accès à leurs services. Mais voici que ce nouvel établissement est constitué de l'ensemble des sites qui, aujourd'hui, sont des établissements indépendants mais plus pour longtemps. Cela a plusieurs impacts.

Pour les médecins et en fonction du plan d'organisation de l'établissement régional

- il y aura désormais un seul département auquel ils appartiendront selon leur spécialité;
- leurs privilèges et leurs obligations pourraient s'étendre à tous les sites;
- ils devront désormais partager les tâches avec de nouveaux collègues;
- ils pourraient être amenés à se déplacer d'un site à l'autre;

Pour la clientèle

- l'accès aux services devra être le même pour tous, indépendamment de leur lieu de résidence;
- l'accès aux services pourrait se rapprocher de leur lieu de résidence;
- la gamme de services accessibles à proximité sera élargie.

Les interrogations sont nombreuses parmi les médecins. Certains expriment déjà une fin de non-recevoir, alors que d'autres voient de belles occasions d'améliorer les services. Mais l'information fait défaut et le plan de match du PDG est encore incomplet.

De plus les médecins doivent composer avec une grogne populaire croissante□: alors que leurs revenus augmentent de manière substantielle, l'accès ne s'améliore pas. De plus en plus d'actionnaires font des pressions sur le CA de l'OSBL qui, à son tour, presse le PDG d'agir promptement, équitablement et efficacement. Celui-ci s'y engage et travaille fort sur sa planche à dessin. Et d'autres mesures s'en viennent.

* Omnipraticien, le Dr Alain Larouche est président du Groupe santé Concerto, une organisation de conseils et de services en prévention et en gestion des maladies chroniques.

1. Le modèle Kaiser-Permanente repose sur ce type d'entente.
2. Pour simplifier la lecture, je ne ferai pas mention des dentistes et pharmaciens membres du groupe (CMDP).