

RAPPORT

TOURNÉE DES PÔLES EN SANTÉ

MARS 2023



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*« Avec le temps,
la médecine a avancé,
mais la relation humaine
a reculé. »*

- Un comité d'usagers au Saguenay

I TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	6
1.1	Le point de départ	6
1.2	Le terrain	6
1.3	Le déroulement	6
1.4	Les constats généraux	7
1.5	Le rapport	8
2	Les patients	9
2.1	Les soins	9
2.2	Le chantier du CMQ	10
2.3	La tournée	10
2.4	L'urgence	11
2.5	Les pénuries d'effectifs	12
2.6	L'offre et la demande	12
2.7	Les lois du marché	13
2.8	Les plateaux techniques	14
2.9	La trajectoire	14
3	Les médecins	16
3.1	La détresse	16
3.2	La cessation d'exercice	17
3.3	Une évolution de la pratique	17
3.4	Les patients orphelins	18
3.5	Le guichet d'accès à la première ligne (GAP)	18
3.6	L'attractivité	19
3.7	Les conditions d'exercice	19
3.8	Le désengagement	20
3.9	Les tâches administratives	21
4	Les étudiants et les résidents	22
4.1	La détresse	22
4.2	Les conditions d'apprentissage	23
4.3	Savoir-faire et savoir-être	23

I TABLE DES MATIÈRES

5	Les comités d'usagers	24
5.1	L'absence d'accès	25
5.2	L'entourage	25
6	Les gestionnaires	26
6.1	Les enjeux quotidiens	26
6.2	Le leadership	26
6.3	Les principaux enjeux	27
6.4	Le privé	27
6.5	La technologie	28
6.6	La pertinence	28
6.7	Le réseau de la santé	29
7	Le Collège des médecins	30
7.1	La mission	30
7.2	Les CMDP	30
7.3	La communication et les prises de position	30
8	Conclusion	31
8.1	Des échanges francs	31
8.2	L'avenir du réseau	31
A	Annexe Informations pertinentes	32
B	Annexe Résultats cumulatifs des sondages acheminés aux personnes rencontrées durant la tournée	33

1.1 Le point de départ

La tournée des pôles en santé prend son origine dans les conclusions d'un sondage commandé par le Collège des médecins du Québec (CMQ) sur l'accès aux soins. Ce sondage a été mené dans le cadre du Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice, en cours depuis 2021 (Calendrier des visites).

Mené à la fois auprès du public et des médecins, le sondage révélait des constats troublants. D'abord, il en ressortait que la population était privée d'un accès au réseau de la santé dans un délai raisonnable, en raison de la difficulté d'obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille ou un médecin spécialiste.

Ensuite, 4 personnes sur 10 ayant ressenti le besoin de consulter un professionnel de la santé avaient renoncé à solliciter un rendez-vous, convaincues que ce serait trop difficile d'obtenir une consultation. Les médecins ayant répondu à ce sondage confirmaient cette difficulté d'accès aux soins dans leurs milieux respectifs et soulevaient la méconnaissance du public quant aux portes d'accès au réseau.

1.2 Le terrain

Cette tournée est aussi devenue une opportunité pour le président du CMQ, le Dr Mauril Gaudreault, de prendre le pouls sur le terrain et de mesurer la perception des médecins à l'égard de leur Collège, en cette deuxième année de déploiement d'un plan stratégique axé notamment sur la mobilisation des membres. La vaste consultation menée en amont de l'élaboration de ce plan avait révélé que le CMQ était « trop loin, trop seul et trop silencieux ».

Le plan stratégique qui en a découlé visait à faire entendre la voix du CMQ sur des enjeux sociaux en lien avec la santé, à nouer un dialogue structurant avec les médecins et à faire rayonner davantage l'organisation, dont le mandat de protection du public se confond souvent avec celui de défense des intérêts des médecins, porté par les fédérations médicales. Plus largement, cette tournée s'est amorcée alors que le gouvernement lançait son Plan santé, dans la foulée de l'adoption du projet de loi n° 11, visant à augmenter l'offre de services de première ligne et en améliorer la gestion.

Le CMQ s'est imposé comme un acteur significatif de cette démarche en proposant que le concept « d'un médecin pour chaque Québécoise ou Québécois » soit remplacé par celui « d'une équipe de professionnels pour chaque Québécoise ou Québécois ». Cela a ouvert la porte à une autre démarche dans laquelle le CMQ est également partie prenante, soit l'élargissement des pratiques professionnelles, qui permettra une meilleure collaboration interprofessionnelle, notamment au sein d'une première ligne réinventée.

1.3 Le déroulement

La tournée s'est effectuée de mai à septembre 2022, dans une douzaine de centres hospitaliers, soit à Montréal, Laval, Longueuil, Saint-Jérôme, Québec, Chicoutimi, Trois-Rivières, Sherbrooke, Gatineau, Rimouski et Rouyn-Noranda.

Les facultés de médecine des universités de Montréal, Laval, McGill et Sherbrooke ont été visitées, ainsi que les facultés satellites de Chicoutimi, Trois-Rivières, Gatineau et le chantier de celle qui verra le jour à Rimouski (Calendrier des visites).

I INTRODUCTION

1.4 Les constats généraux

Lors de ces visites, qui s'étendaient sur une ou deux journées, le président du CMQ a rencontré des gestionnaires (dont les PDG des établissements), des membres de l'exécutif des conseils des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP), des directeurs des services professionnels (DSP), des chefs de départements, les chefs de département régional de médecine générale (DRMG), des résidentes et résidents et des comités d'usagers. L'ensemble des lieux physiques ont été visités, dont les urgences, les espaces de chirurgie, les aires d'hospitalisation, les quartiers des médecins et les salles de cours.

Dans les jours précédant chaque visite, un questionnaire était transmis aux personnes qui allaient participer aux rencontres afin de connaître les difficultés d'accès aux soins dans leur région immédiate, les enjeux de pénurie de personnel, la qualité du parcours des patients au travers des différentes spécialités, de même que les mesures qui permettraient d'améliorer l'accès aux soins. Des questions portaient aussi sur la compréhension du mandat du CMQ, les attentes envers l'ordre professionnel et la réalisation de son mandat pendant la pandémie.

La tournée d'une douzaine de centres hospitaliers a rapidement permis de confirmer les résultats du sondage du CMQ quant à la difficulté d'accès aux soins. Cette situation s'est révélée plus dramatique dans certaines régions où des soins de santé ne sont carrément pas disponibles. Les listes d'attente pour des chirurgies ou des soins spécialisés sont asymétriques d'une région à l'autre et illustrent l'absence d'une gestion interrégionale adéquate. Les facteurs expliquant cette situation sont multiples, allant de la pénurie de personnel ou d'équipements au manque de financement (Présences des administrateurs).

Souvent, les CISSS ou les CIUSSS peinent à offrir, dans les hôpitaux d'un même territoire, un accès uniforme aux soins, avec une même couverture d'effectifs. C'est alors que la question du maintien de certains établissements devient problématique et revêt un caractère politique. L'enjeu de la retraite des médecins est également préoccupant dans toutes les régions et des mesures sont réclamées pour alléger les responsabilités cliniques des médecins en fin de carrière, afin de les amener à demeurer plus longtemps dans la profession. On propose des demi-PEM et de la flexibilité pour les gardes.

Pour un grand nombre de médecins rencontrés, le constat final est que, selon la région, le public n'a pas le même accès aux soins, de base ou spécialisés, dans un rayon géographique acceptable.

I INTRODUCTION

1.5 Le rapport

Le présent rapport illustrera ces constats avec des exemples bien concrets. Il sera question de la pression exercée sur le personnel, dont les médecins, qui vit au quotidien un sentiment d'impuissance porteur de détresse. Il soulignera également la résilience de certains milieux de soins, où des gestionnaires et membres du personnel soignant font preuve d'initiative et de créativité pour fournir les meilleurs soins possibles au public.

Un haut gestionnaire nous confiait qu'il existe aussi la difficulté de maintenir les équipements fonctionnels alors que la pénurie de personnel touche également les ressources de soutien comme les électromécaniciens, les plombiers ou encore les menuisiers.

Par ailleurs, le rapport mettra en relief la qualité inégale des relations entre les comités d'usagers et les établissements, voire l'indifférence de ces derniers à l'égard de demandes bien légitimes.

La tournée des pôles en santé s'est déroulée alors que la situation devenait de plus en plus difficile dans les urgences, avant même la vague de virus respiratoires de l'automne. Ces débordements ont illustré tout le poids qui pèse sur la première ligne d'un centre hospitalier et les dysfonctionnements qui perpétuent ces débordements. Cette conjoncture a mené à la création, l'automne dernier, d'une cellule de crise du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à laquelle le CMQ prend part.



2.1 Les soins

Les résultats du sondage commandé par le CMQ au printemps 2022 (Sondage) auprès des médecins et du public dans le cadre de son Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice, ont été confrontants (Rapport du Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice). Les constats tirés de cette consultation, menée auprès de 2700 médecins et plus de 1100 citoyennes et citoyens, sont révélateurs de la difficulté d'accès aux soins de santé dans un délai raisonnable :

- 86 % de la population soutient qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste et 67% avec un médecin de famille;
- 94 % des médecins et 88 % des citoyens soutiennent qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous médical le soir ou la fin de semaine;
- 40 % des répondants ont ressenti le besoin de consulter un professionnel de la santé, pour eux ou pour un membre de leur entourage, mais ne l'ont pas fait, estimant qu'ils n'obtiendraient pas de consultation.

Plusieurs médecins (82%) et citoyens (50%) constatent que, parmi les autres professionnels de la santé, ce sont les psychologues qui sont les plus difficiles d'accès.

Fort heureusement, les personnes ayant obtenu un rendez-vous en sont satisfaites à 85%. Quant aux solutions envisageables pour pallier cette situation, 83% des médecins avancent que l'accessibilité accrue à d'autres professionnels dans le parcours de soins constitue la principale solution, tandis que 78% des médecins et 74% des citoyens estiment qu'un meilleur partage de l'information au sujet des patients, entre professionnels de la santé, est nécessaire. Il existe enfin une très grande ouverture de la population à être prise en charge par d'autres professionnels de la santé que les médecins: 90% des répondants y sont favorables. Enfin, l'un des marqueurs de ce sondage était l'accès en santé mentale. Nous avons entendu dans chaque région visitée que la situation est critique et que la demande est disproportionnée en regard de l'offre.

« Le manque de ressources en santé mentale est aberrant et la croissance des effectifs est plafonnée. Il n'est pas normal que le patient ait à payer pour obtenir des soins. Cela devient un frein aux traitements! »

I LES PATIENTS

2.2 Le chantier du CMQ

Mis sur pied au printemps 2021, le Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice regroupait des intervenants du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, une patiente partenaire, ainsi que des membres de la permanence du Collège. Le Chantier a identifié cinq principaux axes de solutions : la collaboration inter et intraprofessionnelle, le rehaussement technologique, l'information et le soutien au public, la priorisation et la pertinence, ainsi que la cessation d'exercice. Le rapport insistait sur l'importance de la trajectoire de soins, qui devait repositionner le patient et ses proches au cœur du réseau public. Cinq actions étaient proposées :

- Inscrire les patients auprès d'une équipe de professionnels plutôt qu'auprès d'un médecin de famille et optimiser l'accès aux différents professionnels de la santé ;
- Mieux informer le public au sujet des portes d'entrée du réseau et de ses guichets vers les différents professionnels ;
- Rehausser les soins de première ligne et les soins à domicile afin de diminuer les visites à l'urgence et l'hospitalisation ;
- Élargir l'accès aux informations cliniques des patients par un dossier numérique confidentiel partageable ;
- Alléger les tâches cliniques des médecins pour favoriser un prolongement de leur vie professionnelle.

La mission du CMQ est de protéger le public en offrant une médecine de qualité. Or, le manque d'accès, dans des délais raisonnables, au réseau de la santé et à ses professionnels équivaut à priver le public de soins. Cette situation découle de plusieurs facteurs que le CMQ a voulu constater sur le terrain, en plus de confirmer la faisabilité des mesures proposées dans le rapport de son Chantier.

2.3 La tournée

Le CMQ n'avait jamais mené pareille démarche de visite d'un grand ensemble d'établissements pour aller à la rencontre des équipes soignantes, des gestionnaires, des apprenantes et apprenants en médecine et des usagers. Habituellement, les visites du Collège dans un établissement se limitent principalement aux inspections. La lettre annonçant aux PDG la venue prochaine du président du CMQ lui-même était donc reçue avec beaucoup d'inquiétude. Un appel de coordination était nécessaire pour apaiser les craintes et remplacer la perception d'une visite d'inspection par celle d'un dialogue sur les enjeux actuels d'accès au réseau de la santé. Chaque visite était précédée de l'envoi d'un questionnaire ([ANNEXE B - Résultats](#)) permettant de dresser un portrait de la situation dans chaque région visitée :

- Existe-t-il dans votre région des enjeux d'accès aux soins ?
- Existe-t-il dans votre région une problématique marquée de pénurie de personnel pour les professionnels ?
- Existe-t-il dans votre région une problématique particulière d'accès à certains types de soins ?
- Comment jugez-vous la qualité du parcours de soins pour les patients suivis par plus d'un professionnel ?
- Pour améliorer l'accès aux soins, quelles mesures favoriseriez-vous prioritairement ?

I LES PATIENTS

Le détail des réponses fournies sera abordé plus loin dans le présent rapport, mais essentiellement, celles-ci reflétaient les conclusions du large sondage mené auprès des médecins dans les semaines précédentes. Le sondage envoyé aux établissements permettait également de connaître les attentes à l'endroit du CMQ et de mesurer les avancées quant aux objectifs de son plan stratégique.

2.4 L'urgence

L'urgence demeure la porte d'entrée instinctive du réseau de la santé, lorsque les autres avenues possibles sont impraticables. Le sondage du CMQ révèle le très haut taux de difficulté pour obtenir un rendez-vous dans une clinique «sans rendez-vous» le soir ou la fin de semaine. Dans pareil cas, le public n'a d'autre choix que de se tourner vers l'urgence, avec toutes les conséquences que cela entraîne pour le réseau de la santé.

Nous avons constaté dans toutes les régions du Québec une surcharge inquiétante des urgences. Un peu comme un bain dont le robinet demeure ouvert, mais dont le bouchon est inamovible, il en résulte un débordement constant. Quoique des solutions existent pour tenter de résorber ce trop-plein, aucune ne semble jusqu'à maintenant mener à des résultats concrets.

Les patients sur civière tardent ainsi à être déplacés vers les départements, qui sont tout aussi engorgés. D'autres patients, en droit d'obtenir leur congé, dorment plutôt à l'urgence, dans l'attente de tests qui sont à subir dans les meilleurs délais et qui tarderaient en consultation externe. Enfin, d'autres séjournent à l'hôpital plus longtemps que requis parce qu'on n'a pas encore arrimé le soutien dans leur milieu de vie.

C'est un cul-de-sac pour les patients et les soignants. Les gestionnaires ont exposé leurs nombreuses contraintes, dont celle du ratio de personnel en rapport avec le nombre de patients, ou simplement le manque d'espace dans les départements, alors que subsistent encore des chambres à quatre ou même six patients.

Pour sa part, le personnel médical nous a illustré les contraintes liées au fait d'examiner des personnes sur civière, en plein corridor, ou a pu constater la détérioration à vue d'œil de patients en perte d'autonomie qui s'y retrouvent en attendant une prise en charge appropriée.

Soulignons aussi ces patients qui arrivent à l'urgence à la suite d'une téléconsultation, pour donner suite à une démarche clinique incomplète, victimes de l'absence d'un corridor de référence.

«25 ans plus tard, on se demande encore chaque jour: que vient faire ce patient ici?»

I LES PATIENTS

2.5 Les pénuries d'effectifs

Mais en désespoir de cause, avant d'arriver à l'urgence, les patients auraient pu consulter leur médecin de famille, se rendre dans une clinique sans rendez-vous, opter pour un autre professionnel, selon leur état de santé, pratiquer l'autosoins ou composer le 811.

Dans la majorité des cas, le patient à qui le médecin de famille n'aura pu accorder une place, celui qui n'aura pu dénicher un rendez-vous grâce à l'une des plateformes payantes, ou encore le patient orphelin, deviendront des cas de priorité 4 ou 5, qui seront triés et attendront très longtemps dans les salles d'urgence. Si leur état est stable, l'attente sera sans gravité. Mais dans certains cas, il arrive que l'état de la personne se détériore, avant son évaluation, au point de s'en trouver plus mal qu'à son arrivée à l'hôpital. Une fois à l'hôpital, le patient sera confronté à la pénurie de certains spécialistes qui devraient le soigner, dans sa région. Malheureusement, les postes vacants se comptent par dizaines. Les facteurs à l'origine de cette situation sont fort nombreux et varient d'une région à l'autre. Lorsqu'une région n'est pas dotée de certains spécialistes ou encore que le poste est vacant, cela peut conduire à des choix difficiles ou résignés, tant pour les soignants que pour les patients.

2.6 L'offre et la demande

La démographie commande des effectifs supérieurs à ce qu'il se forme actuellement pour servir dans le futur la patientèle vieillissante. On pense notamment aux gériatres, aux orthopédistes, aux chirurgiens cardiaques et cardiologues, aux inhalothérapeutes, aux ophtalmologistes, aux neurologues et aux gastroentérologues. D'autres clientèles souffrent d'un manque d'effectifs, dont les femmes qui subissent depuis quelques années les conséquences d'un manque d'obstétriciens-gynécologues et de médecins de famille pratiquant des accouchements. Cette situation entraîne souvent la fermeture de salles d'accouchement en région, conjuguée à la pénurie de chirurgiens pouvant pratiquer des césariennes.

Pour les enfants, les pédiatres sont à leur tour une denrée rare et les besoins sont encore plus criants dans certaines régions. Les allergologues sont également trop peu nombreux pour répondre à la forte demande et le temps d'attente dépasse souvent plus d'une année pour une consultation initiale. La pédopsychiatrie souffre elle aussi d'un manque d'effectifs, tout comme c'est le cas en oto-rhino-laryngologie, au point où d'autres professionnels veulent prendre la relève pour certains actes.

« Les patients ont beau avoir un médecin de famille, ils ne peuvent obtenir de rendez-vous ! »

I LES PATIENTS

Dit simplement, des régions ne peuvent compter sur des effectifs dans les spécialités de base et des corridors de référence doivent être négociés pour maintenir les services essentiels. Ce sont malheureusement les citoyens de ces régions qui en font les frais alors qu'ils sont contraints à parcourir des distances importantes pour bénéficier de services qui sont offerts plus largement ailleurs.

Un membre de CMDP en région nous a relaté qu'un patient, qui se voyait confronté à une journée de déplacement de plus de 8 heures en autobus pour subir une délicate intervention dans un grand centre, loin des siens, avait préféré perdre l'usage d'un œil plutôt que de vivre encore une fois une telle épreuve.

2.7 Les lois du marché

Les gestionnaires sont confrontés à des situations tendues en lien avec la rareté des ressources, ce qui mène parfois à une concurrence entre régions ou établissements. Nous avons noté que la répartition des Plans d'effectifs médicaux (PEM) ou des Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), un modèle unique au Canada, entraîne des iniquités flagrantes entre les régions.

Par ailleurs, des exemples récents de la répartition des effectifs sur le territoire démontrent que ce n'est pas que la logique mathématique qui prévaut. En outre, les critères territoriaux ne prennent pas toujours en compte l'évolution de la démographie, de sorte que dans certaines régions, il existe clairement un déséquilibre quant au ratio de médecins par tranche de 100 000 habitants. Le financement des effectifs demeure toutefois fidèle à la répartition des PEM et des PREM. Ainsi, des régions qui vivent une fluctuation importante de leur population pendant la période estivale ou hivernale subissent un achalandage qui dépasse largement la capacité de soigner du personnel en place. Cette situation récurrente pénalise directement la population locale. De plus, la pandémie a provoqué des mouvements de population importants vers des régions touristiques, où des résidences secondaires sont devenues des résidences principales. Pourtant documentées, ces situations n'ont pas amené les ajustements requis et ont contribué à creuser l'écart entre les justes ratios d'effectifs.

« Maintenant, on ne donne plus de services aux patients en fonction des ressources financières, mais bien des ressources humaines... »

I LES PATIENTS

2.8 Les plateaux techniques

Ces pénuries ne sont pas sans conséquence sur les chirurgies. Pénurie d'infirmières, de chirurgiens, d'anesthésiologistes, d'inhalothérapeutes, mais aussi d'électriciens, de plombiers, de menuisiers, etc. Combinées, ces raretés d'effectifs contribuent à étirer les listes de chirurgie à outrance. Dans la majorité des régions, les médecins rencontrés durant la tournée nous ont confié que les chirurgies électives rapides, qui mobilisent peu de personnel, sont de courte durée et ne nécessitent pas de séjour à l'unité des soins intensifs, sont favorisées. Cela se fait au détriment de celles plus lourdes, et parfois plus urgentes, qui monopolisent plus d'effectifs et requièrent plus de temps.

« On n'opère pas les bons patients! »

La rareté des plateaux techniques dans certaines régions en déficit de personnel, incitent les chirurgiens à rechercher des établissements qui leur permettent de réaliser des interventions chirurgicales.

Dans une spécialité en particulier, des médecins se résolvent à ne pas voir de patients en consultation dès lors qu'ils savent qu'ils ne pourront pas les opérer par la suite. En fin de compte, le patient est pénalisé.

2.9 La trajectoire

Nos échanges avec les médecins, gestionnaires et usagers révèlent une méconnaissance du réseau chez la patientèle, accompagnée d'un désarroi. Il semble que l'un nourrisse l'autre, mais il y a davantage. Bien que de nouveaux hôpitaux, comme le CHUM, le CUSM et le CHUQ ont été conçus architecturalement pour tourner autour du patient et non l'inverse, d'autres établissements construits au tournant des années 60 sont de véritables dédales. La signalisation est parfois déficiente, les couloirs sont encombrés d'équipements, installés çà et là, pour libérer d'autres espaces. De plus, pour les patients qui ont franchi l'étape du triage, ont passé des examens et sont finalement hospitalisés, ce sont les changements au sein de l'équipe de soignants qui sont les plus déroutants. Ils sont inquiets que les informations à leur sujet ne suivent pas.

La pénurie de personnel entraîne souvent pour le patient des reports d'examen, de chirurgies au dernier instant, et cela crée de l'anxiété quant à la détérioration possible de son état. Les nombreuses vagues de cas de COVID-19 n'ont certainement pas aidé la situation. Tout cela est source de détresse chez les patients et les soignants.

« Il y a trop de changements. Le patient ne peut pas s'identifier à un professionnel de la santé en particulier, son histoire est à recommencer chaque fois. Et les familles sont perdues. »

I LES PATIENTS



3.1 La détresse

En pareilles circonstances, on ne peut se surprendre de la détresse bien palpable des médecins. Entre la volonté de soigner, les responsabilités déontologiques et les autres contraintes de leur quotidien, surgit forcément l'angoisse, avec ses effets pervers.

Dans tous les établissements visités, les médecins des urgences expriment leur crainte constante de l'erreur dans ce qui est devenu pour eux un champ de bataille. Fragilisés par l'épuisement, ils ne voient pas de lumière au bout du tunnel. Leurs collègues tombent au combat alors qu'on peine à en attirer d'autres pour les remplacer. Malgré ce cercle vicieux, il est renversant de constater leur résilience.

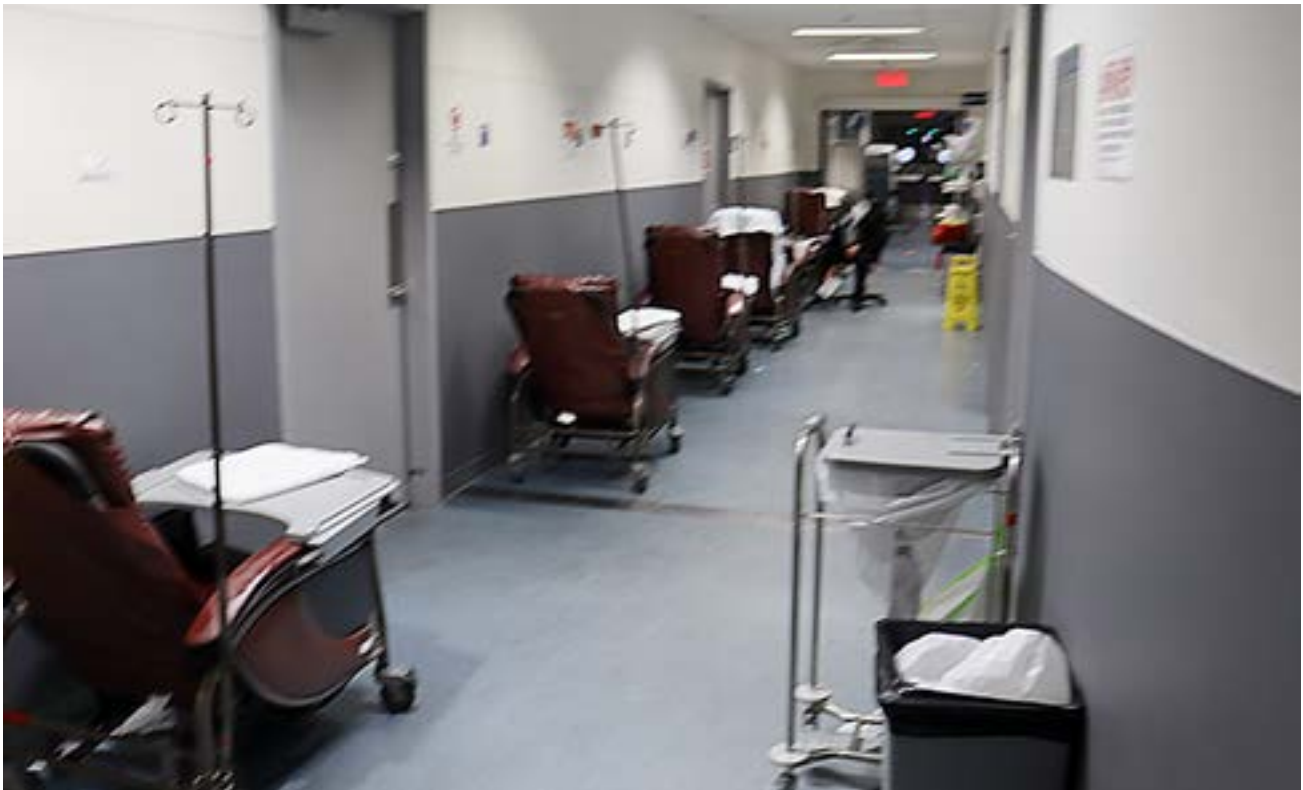
Plusieurs médecins nous ont confié être hantés par la crainte de la découverte d'un patient décédé en salle d'urgence pendant leur quart de travail.

Les patients, eux aussi, sont anxieux des longues heures d'attente qui s'annoncent dès leur arrivée à l'urgence, des examens à subir aux quatre coins de l'établissement, de l'analyse des résultats et du suivi qui, ultimement, pourrait être accordé par un médecin spécialiste. Ils savent aussi que si une chirurgie est requise, elle s'ajoutera à une très longue liste d'attente qui se traduit en mois, et parfois même en années. La détresse prend plusieurs formes à l'urgence et s'exprime souvent par une profonde angoisse, professionnelle et humaine.

Un autre médecin, qui était de garde, savait qu'en raison de la pénurie de cardiologues dans la région, l'un des hôpitaux sur son territoire vivrait une rupture de service au cours de la nuit à venir. Lequel de ses collègues devrait alors parcourir en toute hâte la route vers l'hôpital en découverte? L'un de ses propres patients serait-il victime d'un malaise cardiaque? Il devient alors difficile, dans un contexte déjà extrêmement éprouvant, de se consacrer sereinement aux patients en attente dans la salle d'urgence tout en se préoccupant de ceux qui sont hospitalisés ailleurs sur son territoire.

C'est sans oublier les préoccupations liées à des ressources limitées dans certaines communautés. S'ajoute une absence de transport gouvernemental rapide par hélicoptère-ambulance ou d'un transport ambulancier par avion performant, comme on en retrouve ailleurs.

Un médecin en région a relaté par exemple le dilemme vécu alors qu'il aurait dû accompagner en ambulance son patient instable vers un établissement spécialisé. Cependant, il aurait laissé en plan ses collègues devant s'occuper de dizaines de cas. Il devait choisir entre abandonner son patient, les autres patients à l'urgence ou ses collègues occupés à les traiter. Finalement, il n'est pas monté à bord de l'ambulance.



3.2 La cessation d'exercice

Dans le cadre de son Chantier, le Collège a approfondi cette question qui est incontournable en raison de la démographie. Selon le sondage mené auprès des médecins, la moitié d'entre eux sont convaincus que des mesures particulières pourraient les inciter à prolonger leur carrière et ainsi contribuer à améliorer l'accès aux soins. Les médecins reporteraient l'échéance de leur retraite si on les autorisait à réduire les heures travaillées et les obligations cliniques associées. Essentiellement, les périodes de garde, les tâches administratives et le transfert progressif des patients vers des collègues ou une équipe de relève sont les mesures les plus incitatives à la poursuite de l'exercice.

Plus largement, si la trajectoire de soins de la patientèle incluait un transfert de la responsabilité du suivi de l'état de santé vers d'autres médecins ou professionnels de la santé, cela allègerait significativement le fardeau quotidien des médecins en fin de carrière. À l'unanimité, les médecins soutiennent qu'il faut revoir les règles extrêmement contraignantes des PREM, PEM et AMP afin de permettre une transition vers la retraite. Déjà un demi-PEM est possible pour un médecin spécialiste à deux ans de sa retraite, mais ce n'est pas suffisant pour endiguer les mouvements vers la retraite.

3.3 Une évolution de la pratique

Par ailleurs, nous assistons aussi à un changement générationnel que tous constatent dans les milieux hospitaliers visités, touchant le nombre d'heures travaillées par de jeunes professionnels désireux d'assurer une meilleure conciliation entre la famille et le travail. La féminisation de la profession et les responsabilités parentales, davantage partagées maintenant entre les conjoints, expliquent notamment cette tendance vers une moins grande disponibilité des médecins, alors que celle-ci était autrefois acquise. Cette situation accroît d'autant la pression sur les médecins qui souhaiteraient, en fin de carrière, un allègement du temps de garde par exemple. Ces heures libérées pourraient être consacrées à de l'enseignement, ce qui libérerait de jeunes médecins de cette tâche et leur permettrait de passer plus de temps avec des patients.

Il devient alors évident que le modèle traditionnel d'un médecin de famille par patient est caduc. D'un point de vue strictement géographique, ces deux courbes ne se rejoindront plus jamais. C'est une réalité qui doit être enseignée aux candidats à l'exercice dès leur entrée en faculté de médecine. C'est l'un des volets de la responsabilité sociale du médecin, qui dessert la communauté dans laquelle il évolue et non seulement sa patientèle.

I LES MÉDECINS

3.4 Les patients orphelins

Il ressort de nos rencontres dans le cadre de la tournée que les médecins sont préoccupés par la situation des patients qu'ils laissent orphelins, au terme d'une longue carrière, sans aucune préparation pour la prise en charge de ces derniers, dans des régions moins bien nanties en médecins de famille disponibles. Le Collège note d'ailleurs une augmentation du nombre de départs à la retraite et il doit gérer l'ensemble des dossiers de ces patients qui ne sont pas repris par d'autres médecins ou dont le médecin lui-même n'est pas cessionnaire. La question du suivi des résultats d'investigations est donc préoccupante pour de nombreux patients.

Entretemps, les différentes mesures progressivement déployées pour offrir un accompagnement médical aux patients orphelins, sèment de la confusion quant à l'étendue de la prise en charge, spécifiquement sur la question de la responsabilité déontologique du médecin en regard du patient une fois qu'il a été vu et dirigé vers un autre professionnel de la santé. Un exercice pour baliser le suivi des patients est en cours d'élaboration par le CMQ et la FMOQ.

3.5 Le guichet d'accès à la première ligne (GAP)

Nous avons longuement rencontré l'équipe de médecins à l'origine du GAP à Rimouski.

Ils nous ont exposé les tenants et aboutissants de ce guichet, ses bienfaits et ses enjeux. Le modèle est en déploiement sur l'ensemble du territoire. Il est prometteur pour les patients, mais il soulève des enjeux pour les médecins. Il suppose d'abord une interdisciplinarité bien installée. Celle-ci fait actuellement l'objet de travaux sur l'élargissement des pratiques professionnelles. Ensuite, il sous-entend une adhésion des médecins de famille, qui ne craindront pas un accroissement de leur fardeau de travail, en sus de leur propre patientèle, ainsi que des garanties quant aux limites de leur responsabilité déontologique.

Autrement dit, il semble que les médecins de famille souhaiteraient que leurs responsabilités lors d'une consultation au sein du GAP s'apparentent à celle d'un médecin de l'urgence qui accueille, stabilise et hospitalise un patient, qui sera par la suite pris en charge par d'autres professionnels. Du reste, cela n'évitera pas que des cas P4 ou P5 continuent d'aboutir à l'urgence et de grossir les rangs de la salle d'attente.

« Ça ne règle pas tout: les heures de rendez-vous sont plus limitées que les plages qu'offraient les médecins de famille, ce qui redirige les patients vers les urgences! »

I LES MÉDECINS

3.6 L'attractivité

Les enjeux de pénurie et de la cessation d'exercice ne peuvent être abordés du point de vue des médecins sans prendre en compte les aspects de la relève et de l'attractivité.

Les équipements vétustes en région ou même dans certains établissements des grandes villes sont répulsifs pour plusieurs médecins rencontrés, qui comprennent leurs collègues de vouloir exercer leur profession dans des lieux conviviaux, modernes et bien équipés. Les corridors exigus, les équipements dont les espaces de rangement ont trouvé d'autres vocations au rythme des besoins, les chambres à quatre ou six lits et le sous-financement généralisé des infrastructures, sont autant de raisons pour travailler ailleurs que là où la situation le commanderait.

Au-delà des équipements médicaux et des plateaux techniques, certains hôpitaux visités étaient dotés de salons des médecins qui avaient l'allure d'anciens débarras. Cela joue largement en défaveur de certaines régions qui peinent déjà, en raison de la distance, à attirer des médecins. Une fois sur place, la pénurie de personnel, qui résulte trop souvent de PEM non comblés, en raison des facteurs déjà évoqués, perpétue le cercle vicieux. Par exemple, les pénuries viennent accroître les responsabilités en termes de gardes: les ratios mensuels sont faussés si on les compare avec ceux d'un grand centre au sein duquel la répartition se fait parmi des dizaines de collègues. En région, le nombre de collègues se compte parfois sur les doigts d'une seule main. Les tours de garde reviennent forcément plus vite. L'épuisement se met de la partie.

3.7 Les conditions d'exercice

Il s'agit d'un ensemble de conditions, de critères professionnels et déontologiques qui, bien au-delà de la rémunération, définissent l'univers dans lequel les médecins exercent au quotidien. Dans les milieux que nous avons visités, il y a le contexte matériel, souvent vétuste, et la surcharge de patients. D'une part, il y a le milieu professionnel avec ses pénuries et son sous-financement. D'autre part, il y a le milieu humain avec des situations souvent tendues entre professionnels de la santé, certains collègues médecins dont les méthodes de travail ou l'incompétence représentent un risque pour les patients, les médecins faisant l'objet d'une enquête ou de limitations d'exercice, ou pire, ayant des comportements toxiques.

Tout cela est régi, du mieux possible, par des règles et des arbitrages de la direction de l'établissement, incluant les DSP et les CMDP. Pour leur sécurité et leur santé, et celle des patients, les médecins requièrent des conditions minimales d'exercice, alors qu'ils estiment que les pénuries risquent de compromettre la qualité des soins aux patients. Cela devient ainsi une question pure et simple d'accès aux soins. Que ce soit par les délais entre un examen initial, la disponibilité des tests, leur analyse, les interventions chirurgicales ou les suivis postopératoires.

I LES MÉDECINS

3.8 Le désengagement

Outre tous les enjeux que soulèvent les milieux d'exercice déficients, l'ensemble des éléments de contexte que nous avons constatés amènent un désistement dans certaines régions et un désengagement des médecins pour des postes médico-administratifs.

Le mandat d'un DSP a été renouvelé successivement à plusieurs reprises, faute de relève. Aussi, des exécutifs de CMDP sont à effectifs réduits, souvent en raison d'un manque de professionnels. Mais on nous confie aussi qu'il y a des désistements parce que certains ne veulent pas avoir la responsabilité de sanctionner des pairs qui, une fois suspendus par exemple, ne pourraient plus participer au partage quotidien des responsabilités cliniques.

S'ajoute le fait qu'une nouvelle génération de médecins ne veut pas exercer des fonctions médico-administratives hors de leur quart de travail : cela diminuerait leur disponibilité clinique. Ultimement, l'un dans l'autre, ces facteurs viennent complexifier la gestion des enjeux liés aux conditions générales d'exercice.

Faut-il considérer comme une autre forme de désengagement, le nombre important de médecins qui désertent le réseau public au profit de cliniques privées et de CMS ? Celles et ceux qui participent à l'exode disent que c'est plus valorisant.

Des membres de CMDP et des DSP rencontrés exposent que ces cliniques sont hors de leur juridiction pour la surveillance de l'exercice, ce qui pose un problème pour la vérification de la qualité de l'acte et la protection du public. C'est aussi un territoire moins accessible pour le CMQ, qui doit s'en remettre à d'éventuelles plaintes pour mener une inspection. Une autre forme de désistement est la baisse des inscriptions des étudiants dans la voie de la médecine de famille. Bien qu'en région, la présence hospitalière des médecins de famille soit plus importante, les statistiques indiquent un nombre grandissant de places vacantes dans les facultés. Est-ce la rémunération ou le fait que cette spécialité a eu mauvaise presse ? Quoi qu'il en soit, le résultat est le même.

« J'ai choisi la médecine pour soigner et opérer les gens.

À l'hôpital, j'ai parfois moins d'une journée d'accès aux plateaux par semaine.

Au privé, j'opère presque tous les jours. »

I LES MÉDECINS

3.9 Les tâches administratives

Les tâches administratives accaparent une part énorme de la semaine de travail d'un médecin de famille, auxquelles s'ajoutent l'enseignement, les visites à domicile, les cas d'aide médicale à mourir, le temps passé à l'hôpital, sans oublier les journées de cabinet. À 1000 patients par médecin de famille en moyenne, cela représente une tâche écrasante.

Les médecins de famille nous ont confié qu'ils se sentent parfois comme des fonctionnaires qui, en plus de leurs tâches médicales, croulent sous les formulaires à remplir, les certificats à valider, les demandes diverses des assureurs auxquelles ils doivent donner suite. Si la tendance se maintient, nous constatons que l'absence de médecins de famille en milieu hospitalier régional se fera sentir péniblement.

Dans ce contexte, il est difficile pour les médecins de famille d'assumer pleinement leur responsabilité sociale envers la communauté qu'ils desservent, alors qu'il est déjà très ardu d'assumer comme il se doit leur responsabilité auprès de leur patientèle. On ne peut passer sous silence que ce poids administratif découle aussi de la dynamique des rendez-vous avec les médecins spécialistes pour le référencement des patients. D'abord, les Centres de répartition de demandes de service (CRDS) ne sont pas réputés pour leur efficacité actuellement et les règles de proximité territoriale des rendez-vous entre le patient et le médecin spécialiste ont malheureusement entraîné un profond déséquilibre entre l'offre et la demande dans certaines régions, par exemple entre Montréal et ses rives nord et sud.

L'intelligence artificielle, une simplification des obligations administratives, la création de postes d'adjoints hospitalo-administratives, ou simplement le gros bon sens viendront peut-être un jour à bout de ces tâches souvent inutiles dont on ne semble pas tirer par ailleurs de statistiques éclairantes.



04

I LES ÉTUDIANTS ET RÉSIDENTS

4.1 La détresse

À l'instar des très nombreux médecins rencontrés, les apprenants vivent de l'anxiété. Elle n'est pas de même nature que celle des cliniciens, mais elle est tout aussi présente. On a fait grand cas de deux suicides récents survenus à l'Université McGill en début d'année et plus récemment à l'Université Laval. Il s'agissait de deux étudiants prometteurs, sans histoire. Cela a créé une onde de choc et mis en lumière que la détresse était aussi présente dans les facultés et résultait peut-être de la pression des études. Des médecins, parmi les plus âgés, ont évoqué la « petite nature » des étudiants des nouvelles cohortes en comparaison avec leur propre parcours d'études, ponctué de nombreuses nuits sans sommeil.

Les étudiants rencontrés dans le cadre de cette tournée ont parlé de la pression externe très importante pour bâtir un curriculum vitae exemplaire, puisque la simple licence de médecin ne suffirait plus dans un univers médical de plus en plus compétitif. Ils se sont plaints par ailleurs de l'impossibilité de s'accorder un répit en raison du refus des enseignants d'enregistrer leurs cours magistraux.

De leur côté, les résidents ont parlé de la pression importante exercée par leur responsable de stage et de la réticence à leur accorder le jour de congé autorisé après une nuit de garde, ce qui nourrit la fatigue et l'anxiété. Ils ont dénoncé à mots couverts des attitudes injustes ou irrespectueuses de la part de responsables de stages, dont ils n'osent se plaindre par crainte de nuire à leur carrière. Ils ont remis en cause le modèle CPC (Compétence par conception), axé davantage sur la quantité que sur la qualité des apprentissages.

Tant chez les étudiants que chez les résidents rencontrés dans les quatre facultés et les lieux d'enseignement satellitaires, la notion d'une culture de performance est présente au-delà de l'acquisition de compétences. Nous avons noté un réel souci de prévention et d'encadrement, par le personnel enseignant des facultés, pour prévenir des drames. Il ne semble pas y avoir dans les facultés de psychologues attitrés au bien-être des étudiants.

La vaste enquête réalisée par la FMRQ et la FMEQ sur la santé mentale des étudiants et résidents était bien révélatrice des idées suicidaires et de l'absentéisme en lien avec des enjeux de santé mentale. Cette question doit être abordée sérieusement à l'étape de la formation pour donner aux futurs soignants les outils nécessaires pour la suite de leur carrière. Un médecin doit être en bonne santé mentale et physique pour bien soigner.

« Il y a un flagrant manque d'écoute de la part de la faculté en regard de la charge mentale. »

I LES ÉTUDIANTS ET RÉSIDENTS

4.2 Les conditions d'apprentissage

Dans les lieux physiques de construction récente, les salles de cours et de simulation sont aménagées de manière ultramoderne avec tous les dispositifs audiovisuels venant donner une dimension ludique aux apprentissages. L'immeuble en construction à Rimouski promet des espaces de vie et de formation encore plus conviviaux. Cependant, dans les bâtiments plus vieux, comme la faculté de médecine de l'Université de Montréal, on constate que le cadre physique a atteint ses limites. La vétusté et l'exiguïté des salles de cours ou de formation, ainsi que des laboratoires, ne répondent pas aux attentes légitimes des apprenants. Bien que le lieu soit prestigieux et revête un caractère historique, il n'est pas doté des espaces adéquats et pourrait bientôt ne plus répondre aux exigences d'une visite d'agrément. Dans certains hôpitaux ou facultés, il n'y a aucun espace aménagé pour dormir, se reposer ou décompresser. Dans d'autres centres, comme à Gatineau, des espaces sont dédiés à cette fin dans le nouvel immeuble satellitaire.

4.3 Savoir-faire et savoir-être

Les étudiants rencontrés dans certaines des facultés ont vanté l'engagement des formateurs, mais soulignent qu'ils sentent constamment le poids d'être à la hauteur de la réputation de leur établissement. Cela accentue la pression de performance, qui est propice à nourrir un climat de compétition entre étudiants. Si l'accent est constamment mis sur l'apprentissage du savoir-faire en médecine, il pourrait y avoir plus de temps consacré au savoir-être. Le développement de l'intelligence émotionnelle et de l'empathie sont abordés, mais c'est loin d'être une dominante. Les nouvelles cohortes étudiantes, qui aspirent à un meilleur équilibre de vie, ont sans doute des attentes plus précises en la matière.



05

I LES COMITÉS D'USAGERS

Bien que partout, les relations soient cordiales entre les comités d'usagers et les administrations, il s'en dégage un climat de « mal nécessaire ». Les membres de ces comités sont solidaires et résilients. Ils notent cependant qu'il faudrait unifier leurs forces sur le territoire alors qu'au rythme d'un comité par établissement, il est difficile pour les patients et leur entourage de s'y retrouver parmi les nombreux hôpitaux que l'on retrouve sur un même territoire.

« On les dérange. On n'a même pas de locaux pour nos dossiers ou pour rencontrer les usagers! »

Les membres de ces comités sont engagés. Souvent ils ont subi de longs traitements qui les ont familiarisés avec l'établissement auquel ils sont rattachés, ou ils y ont accompagné des proches pendant des années. Certains sont issus du milieu de la santé et ont une connaissance approfondie des rouages d'un établissement.

Les liens fonctionnels avec la direction générale de l'établissement ou du CISSS du CIUSSS permettent le règlement de dossiers de patients et d'enjeux plus larges. Mais nous avons entendu que les conseils d'administration sont distants des comités d'usagers et ne donnent parfois aucun accusé de réception à leurs demandes.

I LES COMITÉS D'USAGERS

5.1 L'absence d'accès

Au-delà de l'établissement auquel ils sont rattachés, les comités constatent eux aussi l'état de paralysie du réseau qui ferme la porte aux patients orphelins qui n'ont d'autre choix que d'obtenir des soins via les urgences. On évoque des GMF qui ne répondent même plus au téléphone, des cliniques sans rendez-vous inaccessibles les soirs ou les fins de semaine. C'est une situation confirmée par le sondage réalisé par le CMQ. Elle crée de la frustration et fâche les patients qui deviennent irrités et revendicateurs, avec raison. La nécessité de bonifier davantage les soins à domicile pour pallier cette situation revient très souvent. On propose même la création d'une nouvelle spécialité de médecine à domicile. La population étant vieillissante, cette avenue apparaît incontournable aux yeux de plusieurs, les gens voulant obtenir des soins dans leur milieu de vie. Les CLSC limitent au compte-gouttes, il semble, le soutien à domicile, notamment en raison du roulement et de la rareté du personnel.

Les départs à la retraite de médecins, qui laissent des patients orphelins, sont une préoccupation majeure des comités d'usagers. Une solution résiderait dans leur transfert automatique vers les GMF ou GMF-U de leur territoire ou leur prise en charge par une infirmière praticienne spécialisée (IPS). Celles-ci font toutefois l'objet de critiques sur leurs disponibilités restreintes, associées à leurs contrats de travail.

Véritable fléau dans toutes les régions, le manque d'accès et le sous-financement conséquent en santé mentale sont décriés partout.

5.2 L'entourage

Il est difficile pour l'entourage d'un patient d'entrer en contact avec le médecin traitant d'un proche. Il y a le roulement du personnel, mais aussi parfois une certaine indifférence des soignants qui ne répondent pas aux demandes d'information et ne rendent pas les appels des familles. Cela crée de l'anxiété et complexifie l'existence des proches aidants. La plupart du temps, ils sont laissés à eux-mêmes. Aux prises avec des détériorations subites d'état ou de récurrence des patients, les proches reviennent infailliblement à l'urgence. Bien que l'attente y soit significative, ils savent qu'ils trouveront en fin de compte les ressources médicales requises, qui sont extrêmement difficiles d'accès ailleurs.

5.3 Le soutien du CMQ

À plusieurs reprises lors de ces rencontres, les membres des comités d'usagers ont interpellé le CMQ sur son absence de relation continue et de soutien direct. Ils ont souligné que le site Web ne propose aucune ressource et ne comporte aucune référence ou visibilité. Par exemple, dans ses communications publiques, le CMQ ne fait pas état des comités d'usagers. Tout cela perpétue la perception qu'il représente davantage ses membres que le public. C'est pourquoi le président a choisi pendant sa tournée d'aller à la rencontre des membres du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) dans le cadre de leur congrès annuel dans le Bas-Saint-Laurent. L'événement regroupait plus de 500 personnes qui ont apprécié l'engagement du CMQ à soutenir et encourager les comités d'usagers, d'abord sur l'ensemble de ses plateformes, et de créer un espace dédié aux usagers dans le cadre de la refonte de son site Web.

06

I LES GESTIONNAIRES

6.1 Les enjeux quotidiens

La tâche de gestionnaire d'un hôpital, d'un CISSS ou d'un CIUSSS est fort complexe. Plusieurs PDG sont soutenus par des PDGA avec qui ils partagent l'ensemble des responsabilités qui, en plus du capital humain, englobent tous les aspects matériels des approvisionnements, des équipements médicaux, des bâtiments, des laboratoires, etc. Cette gestion est complexifiée par les nombreuses réformes et notamment celle qui a centralisé les pouvoirs régionaux en une seule entité. La nécessaire décentralisation est d'ailleurs ressortie des échanges avec les gestionnaires, qui souhaiteraient que chaque établissement dispose de plus d'autonomie pour gérer localement des enjeux qui autrement se noient à l'échelle du territoire.

« Il faut décentraliser les CISSS! Laissez les gens sur le terrain s'organiser. »

La répartition des responsabilités entre DSP et DSI a également créé des zones de frictions et en plusieurs endroits, on a évoqué des délais décisionnels notables dans ce nouvel ordre des choses. Les DSP subissent cette transition plutôt qu'ils y participent, ayant perdu un pouvoir d'action significatif. Cela est notable dans les centres universitaires et les centres hospitaliers régionaux.

« Dans notre région, les GMF sont gérés par quatre directions différentes. Il y a un manque de cohésion. »

La pandémie a créé toutes sortes de situations qui se perpétuent, malgré qu'on soit sorti de cette période. Par exemple, la gestion d'un établissement et de son personnel par télétravail, à des centaines de kilomètres de distance. Cela crée des frustrations.

6.2 Le leadership

Il existe plusieurs styles de gestion d'un établissement, mais principalement, nous avons constaté le modèle en équipe et le leadership fort. Dans le premier cas, on voit une équipe se partager avec efficacité, en codirection, tous les aspects administratifs. Dans le second, tout l'établissement semble dirigé de main de maître par une seule et même personne. Il s'agit de leaders forts qui arpentent les couloirs de leur établissement quotidiennement, connaissent les membres du personnel par leurs prénoms et se font spontanément saluer au passage par les employés. Ils prennent des notes dans un calepin et procèdent immédiatement à des améliorations formulées par le personnel. Ils prennent le temps de parler et d'écouter. Il s'en dégage une gestion plus organique qu'administrative. La compréhension des enjeux et des zones de résolution leur apparaît claire.

Dans l'autre modèle, on sent une hiérarchie plus marquée, qui se constate dans les rapports avec le CMDP, les DSP et les chefs de départements. Ces derniers déplorent qu'il y a plusieurs étapes à franchir entre un problème et sa résolution.

I LES GESTIONNAIRES

6.3 Les principaux enjeux

Le sous-financement et la pénurie de personnel viennent en tête des préoccupations constantes des gestionnaires alors que le manque de ressources financières a des impacts sur le recrutement. On a vu que l'état des lieux physiques constitue un frein important à l'attractivité. Les postes non comblés le sont tout autant. Sans argent pour rehausser les lieux physiques, de nombreuses régions peinent à attirer les médecins nécessaires à une offre de soins appropriée pour la population. Au-delà des impacts de la pandémie durant les trois dernières années, la pénurie de personnel est étroitement liée aux débordements des urgences et aux retards de chirurgies. Nous avons entendu que les différentes mesures financières d'attractivité n'ont pas atteint leurs objectifs et que le recours aux agences de personnel perpétue un cercle vicieux. La distribution des effectifs sur le territoire en fonction des PEM et des PREM est aussi un important considérant de l'accès aux soins.

Dans certaines régions, les gestionnaires perçoivent les PEM et les PREM comme des camisoles de force qui les restreignent dans leur capacité d'adapter l'offre à la demande et qui maintiennent des iniquités régionales. Le fait qu'en plus de nombreux postes ne soient pas pourvus n'aide en rien.

6.4 Le privé

Ce sujet était de toutes les conversations. Si l'intention gouvernementale est de rendre le privé complémentaire au réseau public, en fait de perception à tout le moins, c'est loin d'être le cas. Souvent perçu comme un ennemi, le privé est minimale-ment un trouble-fête qui siphonne les meilleures ressources du réseau public et l'écume. À l'instar des enjeux du privé en éducation ou de la création des programmes sports-études qui discriminent les clientèles, l'apport concret du privé à la qualité des soins reste encore à démontrer.

Les centres médicaux spécialisés (CMS), par exemple, soulagent le réseau privé d'un type de cas et permettent un traitement rapide et mesuré, mais le personnel requis provient du réseau public, qui à son tour en est privé pour procéder au traitement des cas plus lourds dans des délais raisonnables, ce qui vient gonfler les listes d'attente. Le fait que des CMS puissent aménager de nouveaux plateaux techniques pendant que ceux des hôpitaux sont fermés, faute de personnel, demeure une aberration au sens des gestionnaires et des médecins rencontrés. Des préoccupations éthiques sont par ailleurs évoquées quand on aborde la question de la surveillance de la qualité de l'acte dans les établissements privés. C'est une question qui préoccupe aussi le CMQ.

I LES GESTIONNAIRES

6.5 La technologie

Source intarissable de frustrations et de récriminations, l'accès à un réseau intégré et fiable de dossiers patients est le caillou dans la chaussure du milieu hospitalier. Sans cela, il ne peut y avoir de travail efficace entre les hôpitaux et les cliniques externes. Dans la perspective d'une nouvelle première ligne incluant divers professionnels, l'absence de ce réseau intégré devient un véritable cauchemar.

Des avancées technologiques significatives en matière d'examen ou de traitement de maladies sont la fierté de nombreux CISSS et CIUSSS qui relatent cependant avec exaspération le parcours du combattant pour justifier les besoins, répondre à toutes les conditions financières et les incontournables délais administratifs dans le traitement des dossiers. On pourrait parler d'une démarche de supplication davantage que d'une procédure moderne visant à obtenir les équipements nécessaires pour soigner la population d'une région.

6.6 La pertinence

Gestionnaires et médecins conviennent que la pertinence n'est trop souvent qu'un objectif et que les moyens nécessaires pour qu'elle s'incarne au quotidien ne sont pas au rendez-vous. Cet état de fait ne permet pas les économies potentielles et leur réinvestissement à d'autres fins plus structurantes. Il semble y avoir notamment un manque de courage des chasses gardées, ainsi que la peur de couper court à une démarche éprouvée qui ferait reposer les traitements sur une approche économique plutôt que médicale. Cela soulève des enjeux déontologiques pour bon nombre de médecins qui veulent offrir à leur patientèle l'éventail complet des examens et des soins, pour ne prendre aucun risque.

La rencontre avec les concepteurs du GAP dans le Bas-Saint-Laurent nous a cependant convaincus que la démarche de «tamis» proposée pourrait être le tremplin d'une véritable entreprise de pertinence, pouvant susciter l'adhésion des patients les plus sceptiques, craignant qu'on réalise des économies sur leur dos.

Il faut aussi placer les patients dans cette équation à titre de facteur négatif, alors qu'ils sont de mieux en mieux informés et que le Dr Google leur propose selon eux le seul traitement qui devrait leur convenir. Le médecin est relégué au rang d'exécutant, préoccupé de ne pas faire l'objet d'une plainte.

I LES GESTIONNAIRES

6.7 Le réseau de la santé

À mots couverts ou parfois très ouvertement, l'inertie et le manque de cohérence du réseau de la santé et des services sociaux ont été abordés. L'immobilisme et le manque d'écoute de décideurs de la fonction publique rappellent au quotidien le rôle subalterne des gestionnaires d'établissements, auxquels on demande pourtant des miracles avec des moyens qui rapetissent comme peau de chagrin. Au sens figuré, la laisse administrative est trop souvent un étrangleur.

Par exemple, des administrateurs ont ouvertement souhaité la fermeture de certains lieux de soins sur leur territoire parce qu'il est impossible d'y maintenir les effectifs nécessaires pour éviter une rupture de soins. Coûteux, inefficace, sous-utilisé sont des termes qui reviennent à propos du réseau. On souhaite ainsi, malgré les enjeux de la distance, maintenir par exemple quatre établissements sur six ouverts, dans lesquels tout le personnel requis est maintenu avec une offre complète.

Cette inertie pour un enjeu connu et analysé depuis des décennies engendre des dépenses inutiles et une utilisation inefficace du capital humain. Alors qu'on voit le réseau craquer de toutes parts, le moment serait bien choisi pour poser des gestes courageux et mettre de l'avant des mesures qui assureraient un véritable accès du public aux soins de santé dans leur région immédiate.

Les gestionnaires estiment que le réseau et les décideurs politiques manquent de courage pour fermer des établissements au profit de la concentration d'une offre de services adéquate dans chaque région. Cette politisation des équipements régionaux est en fin de compte une entrave à l'accès du public aux soins.

7.1 La mission

Tout au long de la tournée, des demandes et des commentaires ont été formulés à l'endroit du CMQ. Ils portent essentiellement sur la manière dont il remplit sa mission, prend position dans l'espace public et communique généralement avec ses membres et le public. Les attentes sont généralement élevées à l'endroit du CMQ quant à sa mission et à son rayonnement. DSP, CMDP et gestionnaires, aux prises avec des médecins problématiques, dénoncent la lenteur et la lourdeur encore trop présente dans le traitement des dossiers d'enquêtes. Les médecins qui font l'objet d'enquêtes formulent eux aussi des récriminations sur la manière dont ils sont traités et la longueur de certaines démarches. On ne remet pas en cause la qualité des enquêtes, mais on se questionne sur la manière dont les dossiers sont menés.

Unaniment, on réclame plus d'enquêtes et le désir que les fautifs soient sanctionnés. L'approche de remédiation est saluée, ainsi que l'approche pédagogique des inspections. Les parties prenantes notent une amélioration à tous les chapitres des relations entre le CMQ et les médecins, de même qu'avec le public. Cela se constate et se sait.

Les médecins souhaitent qu'au-delà de la surveillance de l'acte, l'ordre professionnel des médecins s'ingère dans l'organisation des soins. Les conditions dans lesquelles les médecins évoluent au quotidien constituent également selon eux un élément que le CMQ doit considérer en termes de protection du public.

7.2 Les CMDP

Considéré comme de petits «Collèges» au sein des établissements, les exécutifs de CMDP se sentent souvent seuls et souhaiteraient une communication plus soutenue et un soutien pour des situations ponctuelles, ainsi qu'une réflexion en profondeur sur des enjeux à plus longue portée. Cette démarche est en cours depuis plusieurs mois et porte déjà ses fruits. Elle permet des rencontres spontanées sur des enjeux ciblés et évite que des situations prennent plus d'ampleur et deviennent des conflits ouverts avec des médecins ou des gestionnaires. La formation des CMDP sur certains aspects est aussi souhaitée.

7.3 La communication et les prises de position

Au chapitre de la communication et des prises de position, la fin de l'ère de la réserve par le CMQ et ses interventions sur des enjeux sociaux en santé sont grandement appréciées. Cette prise de parole du CMQ était souhaitée et on s'explique mal qu'elle ne se soit pas incarnée plus tôt.

La fréquence des infolettres acheminées aux membres et la visibilité du CMQ dans les médias sociaux assurent un contact fort et régulier avec les médecins, qui souhaitent que ce lien perdure au-delà du plan stratégique 2020-2023. Ce changement d'attitude et de ton du CMQ, les membres le veulent durable.

«Prendre position, c'est aussi protéger le public! On veut que vous nous guidiez sur les grands enjeux. Contrairement aux fédérations médicales, le Collège a la crédibilité et la neutralité nécessaires pour nous éclairer.»

8.1 Des échanges francs

Cette tournée, qui se poursuivra en 2023, a permis un dialogue franc entre le CMQ, les médecins, les apprenants, les usagers et les gestionnaires. Selon l'évolution de la situation sanitaire, les visites ont parfois été décalées, reportées ou devancées, afin qu'elles puissent se tenir sur place. Cette formule a permis de discuter parfois autour d'un repas, dans les corridors des urgences, près des plateaux techniques, dans des salles de cours ou à bâtons rompus lors de visites de départements. En toutes circonstances, les intervenants ont pesé leurs mots, insisté sur les nuances nécessaires, mais exprimé avec force des situations qui nuisent à l'accès aux soins. Une telle tournée était sans précédent pour le CMQ.

La franchise et la transparence des échanges, alors que les interlocuteurs savaient que leurs propos pourraient figurer dans un rapport, illustrent la qualité de la relation entre le CMQ et le monde de la santé. Tous ont reconnu que le Collège était crédible, exempt de biais politiques semblables à ceux des syndicats, et ils ont insisté sur la nature ouverte de la conversation avec le ministre de la Santé, peu importe le sujet ou les circonstances. Cette passerelle avec le gouvernement permet de faire entendre les préoccupations des médecins et de partager leurs solutions issues du terrain.

8.2 L'avenir du réseau

L'état du réseau est tel que le décrivent les médias au quotidien. Dans certains endroits auxquels les journalistes n'ont pas accès, c'est même pire. Le présent rapport est émaillé de photos illustrant cette réalité. Pourtant, nous avons constaté la résilience des équipes soignantes et des patients, et avons entendu des louanges sur la qualité des soins, dès lors qu'on y a accès. Si le réseau n'a pas encore implosé, malgré toutes les prophéties, c'est assurément en raison de l'engagement du personnel à soigner le public.

Les attentes sont immenses à l'endroit du GAP et du Plan santé. Elles sont aussi source d'espoir. Le CMQ y adhère et y contribuera à chaque occasion. Il faut toutefois que l'ensemble de l'appareil gouvernemental aille dans le même sens et que certains réflexes ou certaines résistances de la fonction publique soient délaissés, pour penser et agir autrement. C'est la seule avenue possible.

**Calendrier des visites**

Date	Ville	Centre hospitalier
5 mai	Chicoutimi	CIUSSS du Saguenay—Lac-Saint-Jean
12 mai	Montréal	CUSM
14 juin	Québec	CHU de Québec - Université Laval
15 juin	Québec	Dr Julien Poitras - Doyen Université Laval
17 juin	Québec	CIC au CHUL
20 juin	Laval	CISSS de Laval
22 juin	Montréal	Dr Patrick Cossette - Doyen Université de Montréal
29 juin	Sherbrooke	CIUSSS de l'Estrie - CHUS
29 juin	Sherbrooke	Dr Dominique Dorion - Doyen Université de Sherbrooke
1 et 2 septembre	Rimouski	CISSS du Bas-Saint-Laurent
14 septembre	Gatineau	Hôpital de Gatineau
20 septembre	Saint-Jérôme	CISSS des Laurentides
21 septembre	Montréal	David Eidelman - Doyen Université McGill
22 et 23 septembre	Rouyn-Noranda	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
28 septembre	Montréal	CHUM
29 septembre	Trois-Rivières	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du Québec

Présences des administrateurs

Les administrateurs Pierre Guérette, Alain Naud et Chantal Vallée ont participé à la tournée, respectivement à Sherbrooke, Québec et Longueuil.

Rapport du Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice

Constats et actions proposées pour un meilleur parcours de soins

Sondage auprès des médecins et du public

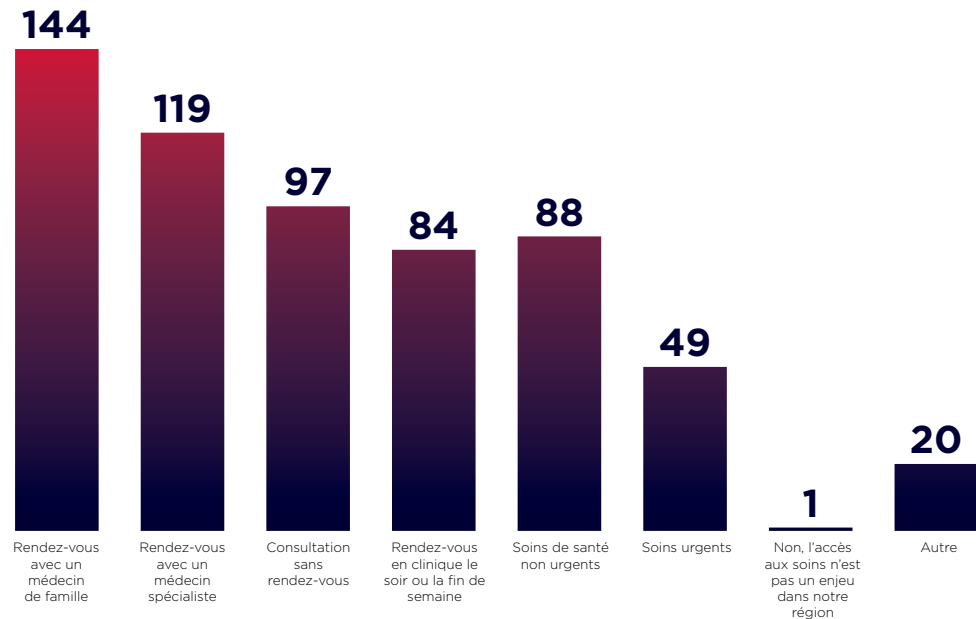
Accès aux soins médicaux au Québec

Résultats cumulatifs des sondages acheminés aux personnes rencontrées durant la tournée

(13 visites et 163 répondants)

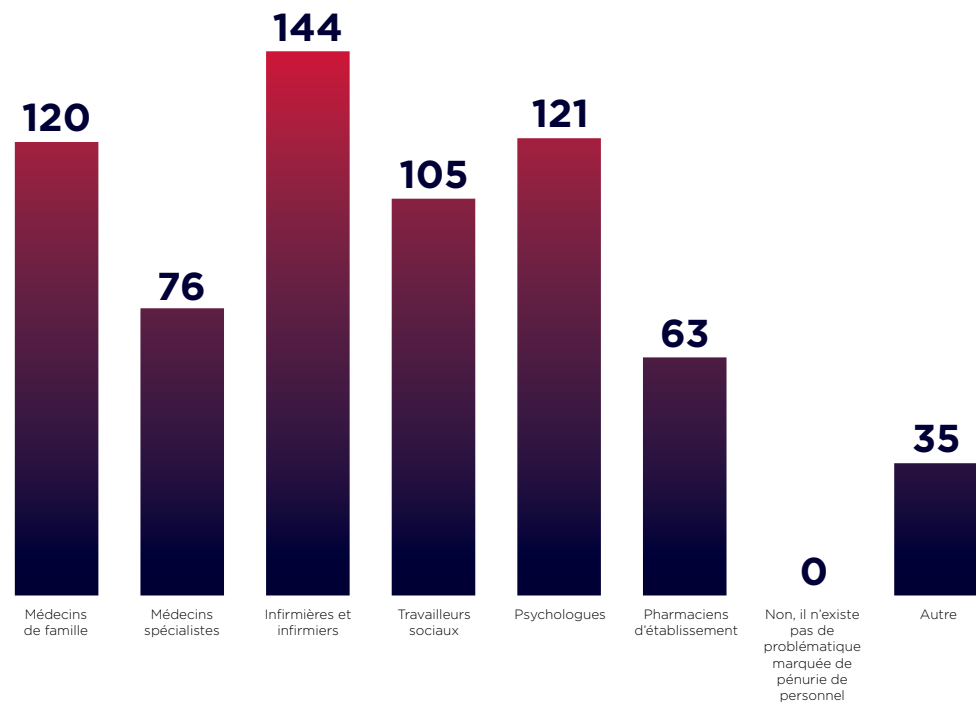
Question 1

Existe-t-il dans votre région des enjeux d'accès aux soins ?



Question 2

Existe-t-il dans votre région une problématique marquée de pénurie de personnel pour les professionnels suivants ?

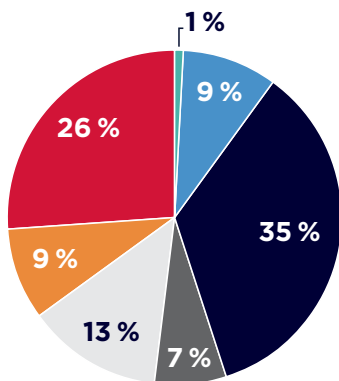


I ANNEXE

Résultats cumulatifs des sondages acheminés aux personnes rencontrées durant la tournée

Question 3

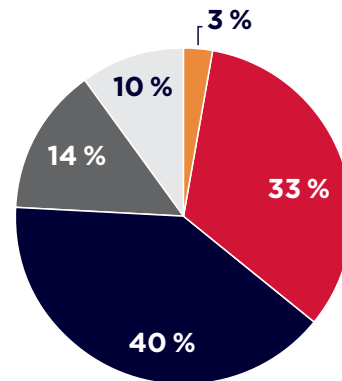
Existe-t-il dans votre région une problématique particulière d'accès à certains types de soins ?



■ Santé mentale ■ Obstétrique ■ Orthopédie
■ Oncologie ■ Soins à domicile ■ Non ■ Autre

Question 4

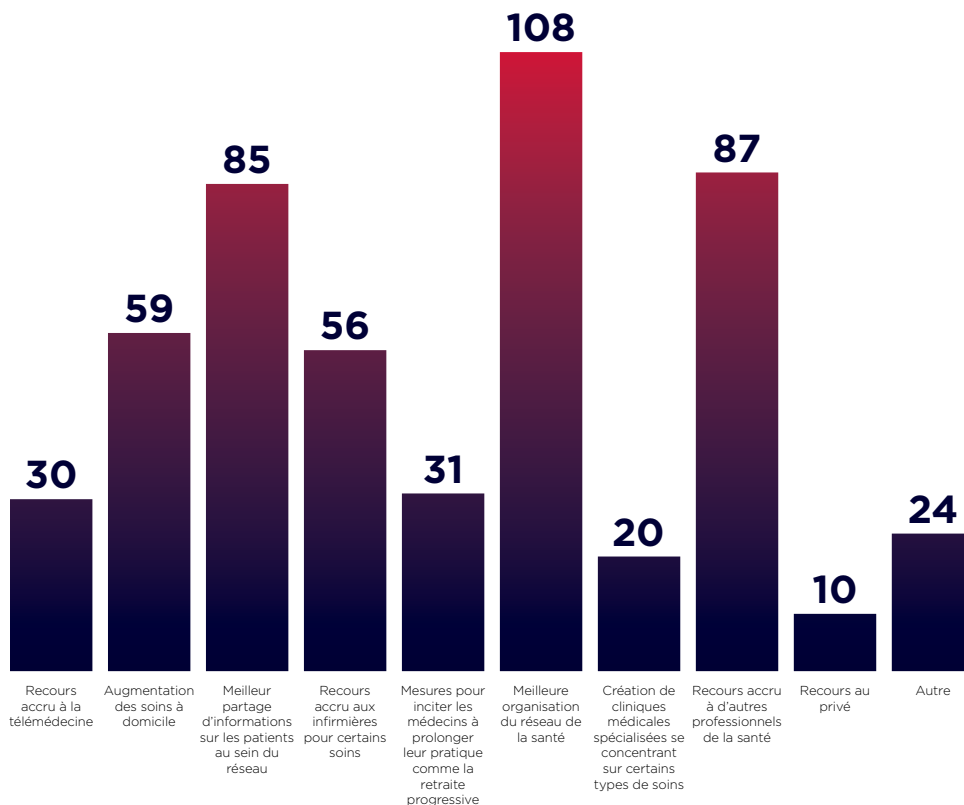
Comment jugez-vous la qualité du parcours de soins pour des patients qui sont suivis par plus d'un professionnel ?



■ Excellente ■ Très bonne ■ Bonne
■ Passable ■ Problématique

Question 5

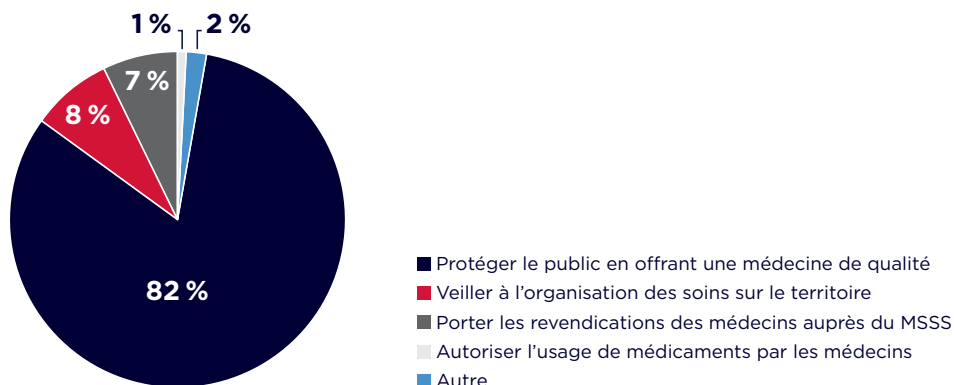
Pour améliorer l'accès aux soins, quelles mesures favoriseriez-vous prioritairement ?



Résultats cumulatifs des sondages acheminés aux personnes rencontrées durant la tournée

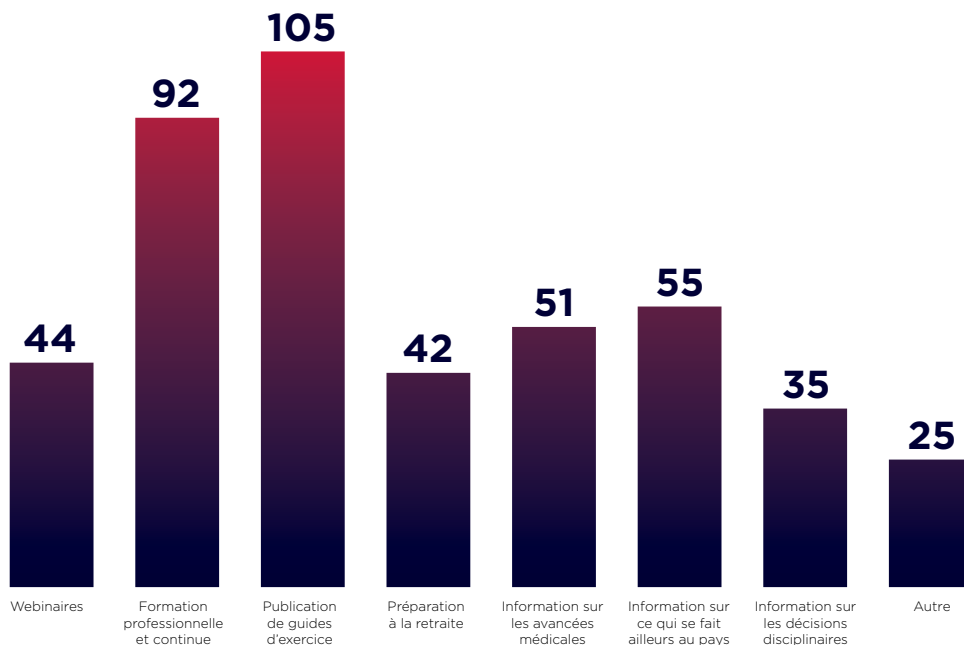
Question 6

Quelle est votre compréhension du rôle principal du Collège des médecins ?



Question 7

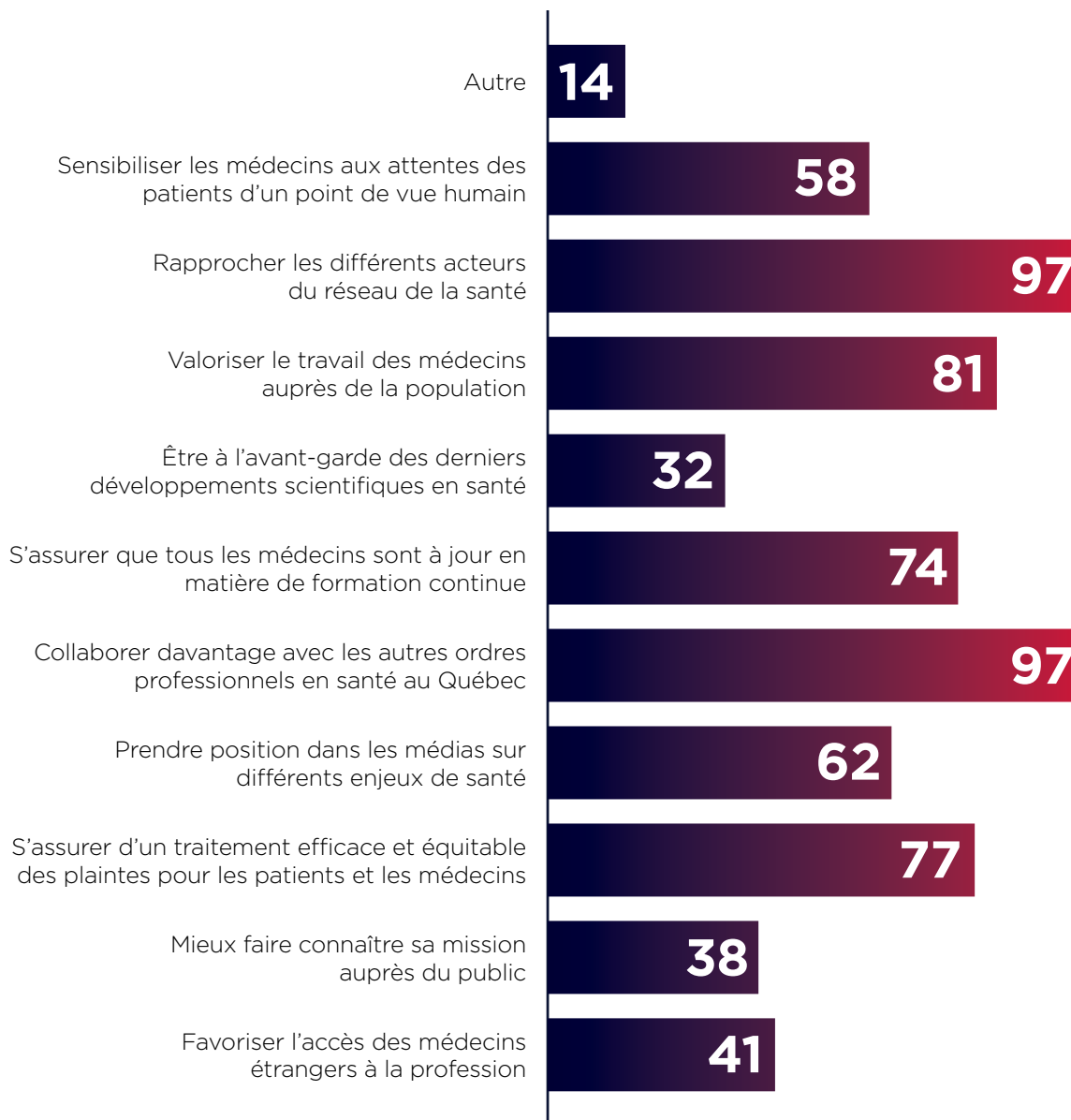
Quelle activité le Collège devrait-il davantage exercer auprès de ses membres ?



Résultats cumulatifs des sondages acheminés aux personnes rencontrées durant la tournée

Question 8

Quelle devrait être la priorité absolue du Collège ?

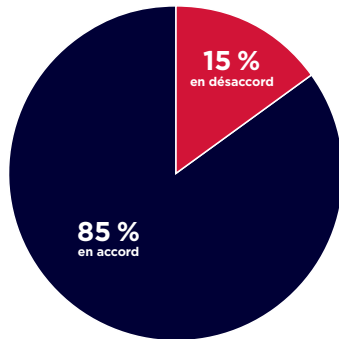


I ANNEXE

Résultats cumulatifs des sondages acheminés aux personnes rencontrées durant la tournée

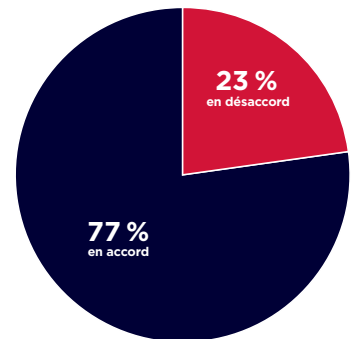
Question 9

Pendant la pandémie, le Collège a réussi à maintenir l'ensemble de ses activités.



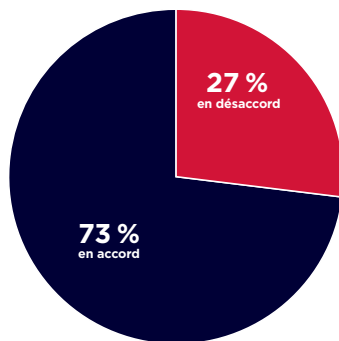
Question 10

Pendant la pandémie, le Collège a exercé un leadership approprié auprès de la communauté médicale.



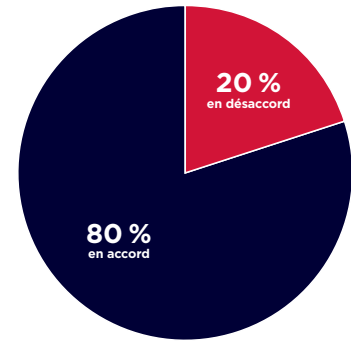
Question 11

Pendant la pandémie, le Collège a joué son rôle auprès du MSSS et du gouvernement.



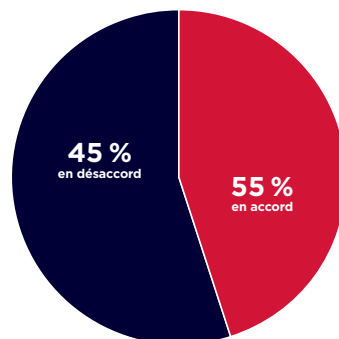
Question 12

Pendant la pandémie, le Collège a bien informé ses membres.



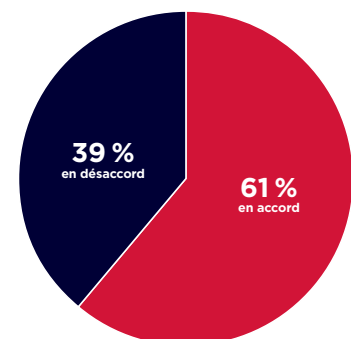
Question 13

Pendant la pandémie, le Collège a bien informé la population.



Question 14

Pendant la pandémie, le Collège a exercé un leadership approprié auprès de la communauté médicale.



SUIVEZ-NOUS EN TOUT TEMPS SUR LE WEB ET LES MÉDIAS SOCIAUX



@CMQ_org



@CMQofficiel



collegemedecinsquebec



@cmq_org

Publication du Collège des médecins du Québec

1250, boul. René-Lévesque O., Bureau 3500
Montréal (Québec) H3B 0G2

Tél. : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

cmq.org



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC