

Mémoire sur le projet de loi 33

Améliorer l'accès :
plus de flexibilité pour de meilleurs résultats

Présenté à la
Commission des affaires sociales

Septembre 2006

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2006

505, boul. De Maisonneuve Ouest
Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : 514 842-4861

Dépôt légal – 3^e trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Ce document est disponible gratuitement sur le site Web <http://www.aqesss.qc.ca>.
La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention
de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS)

Au printemps 2005, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) naissait de la fusion de l'Association des hôpitaux du Québec et de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. La nouvelle organisation est ainsi devenue la porte-parole des quelque 140 établissements membres.

L'AQESSS a pour mission de rassembler, de représenter et de soutenir les établissements membres dans l'exercice de leurs missions afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux pour la population du Québec.

L'Association offre une gamme de services à l'ensemble de ses membres et contribue au développement des réseaux intégrés de services dans une perspective populationnelle.

TABLE DES MATIÈRES

I	L'ACCÈS AUX SERVICES, UN DROIT FONDAMENTAL	1
II	GESTION DE L'ACCÈS : LE RÔLE ESSENTIEL DES ÉTABLISSEMENTS.....	3
	À CHACUN SES RESPONSABILITÉS : DES EXEMPLES	4
	LES CONDITIONS DE RÉUSSITE.....	6
	Adopter une approche transparente	6
	Adopter une approche graduelle.....	6
	Favoriser la participation des médecins.....	8
	Améliorer l'offre de services.....	8
	Investir les ressources nécessaires pour réussir la mise en œuvre	9
III	LES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS : UN CONCEPT SUR MESURE POUR LES CLINIQUES PRIVÉES ET PAYANTES	11
IV	CLINIQUES MÉDICALES ASSOCIÉES : AGIR SANS LÉGIFÉRER.....	13
V	OUVERTURE LIMITÉE À L'ASSURANCE PRIVÉE	15
VI	LISTE DES RECOMMANDATIONS	16
VII	LES ENGAGEMENTS DE L'AQESSS.....	17

SOMMAIRE EXÉCUTIF

L'Association et ses membres considèrent que l'accès raisonnable aux services de santé constitue un droit fondamental pour les citoyennes et les citoyens. D'une part cet accès prend forme notamment par des délais d'attente raisonnables en fonction des interventions requises, de même que par la mise en place d'un mécanisme d'accès transparent, cohérent et compatible entre les établissements.

Cependant, l'Association affirme que l'amélioration de l'accès n'implique pas la légalisation des délais et des processus. Dans sa forme actuelle, le projet de loi 33 privilégie en effet la prescription de moyens au détriment d'une obligation de résultats.

Afin de définir les délais raisonnables, l'Association recommande au gouvernement de se référer aux consensus scientifiques établis plutôt que de les définir unilatéralement par règlement. De même, l'Association est d'avis que la condition essentielle pour atteindre les objectifs du projet de loi 33 réside dans la reconnaissance du rôle essentiel des établissements, puisque la responsabilité de donner accès aux services leur revient.

À cette condition première, l'Association ajoute d'autres conditions de réussite, dont l'adoption d'une approche transparente dans la gestion de l'accès, l'implantation graduelle du mécanisme, la participation des médecins de l'établissement à l'implantation, ainsi que l'octroi des ressources nécessaires au maintien de l'offre de services et à la mise en place du mécanisme de gestion de l'accès.

L'Association insiste particulièrement sur l'approche graduelle, qui implique de limiter, dans un premier temps, les interventions visées par le mécanisme d'accès à un nombre restreint d'interventions identifiées par le ministère, en concertation avec les agences et les établissements. Ces interventions ciblées devraient également comprendre des interventions visant spécifiquement la clientèle pédiatrique.

En ce qui concerne les centres médicaux spécialisés, l'Association recommande que ce nouveau concept soit réservé aux médecins non participants, afin d'éviter toute confusion tant au sein du réseau que dans la population. Du même souffle, l'Association recommande également que le gouvernement encadre toutes les interventions qui y sont faites – et non pas seulement les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte – de façon à assurer la qualité et la sécurité des soins.

Le concept de cliniques médicales associées, pour sa part, existe déjà dans les faits puisqu'il arrive que des organismes gouvernementaux ou des établissements concluent des ententes avec des cliniques où exercent des médecins participants. C'est pourquoi l'Association recommande de ne pas légiférer en ce sens mais de procéder plutôt par projets de démonstration, comme dans le cas des groupes de médecine familiale ou des cliniques réseaux.

L'ouverture limitée à l'assurance privée, telle que prévue au projet de loi 33, satisfait l'Association qui recommande toutefois de permettre que des interventions moins effractives, mais poursuivant les mêmes objectifs cliniques, soient également admissibles à la couverture privée.

Enfin, l'Association s'engage à soutenir les établissements dans la mise en place d'un mécanisme de gestion de l'accès fonctionnel, cohérent, intégré et compatible d'un établissement à l'autre, d'une région à une autre.

I L'ACCÈS AUX SERVICES, UN DROIT FONDAMENTAL

L'accès raisonnable à des services de santé adéquats constitue un droit fondamental pour les citoyennes et les citoyens. En posant l'enjeu de cette façon, le gouvernement a su détourner l'attention de la seule question de l'assurance privée – au cœur de la décision de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli – pour s'engager dans un débat plus large, celui de l'accès au système sociosanitaire dans son ensemble.

Pour bien des citoyennes et des citoyens, l'accès à des interventions médicales représente certainement un des aspects les plus significatifs du bon fonctionnement du système de santé. L'assurance d'être traitée dans un délai raisonnable est nécessaire pour s'assurer que la population québécoise conserve toute sa confiance dans ses institutions de santé et de services sociaux.

La question de l'accès ne se limite toutefois pas seulement aux délais d'intervention.

Les citoyennes et les citoyens doivent connaître les délais d'attente dans chacun des établissements et les consensus cliniques sur les délais considérés comme raisonnables. Ils doivent aussi être en mesure de connaître le fonctionnement du système public de santé et les ressources à leur disposition, y compris les centres médicaux spécialisés. En définitive, la diffusion d'une information claire et compréhensible est la clef de voute d'un meilleur accès.

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et tous ses membres s'inscrivent résolument en faveur de la transparence et partagent sans réserve l'objectif d'amélioration de l'accès poursuivi par le projet de loi 33.

L'Association est également d'accord avec le retrait de la garantie d'accès telle que définie dans le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*¹, c'est-à-dire en tant que norme réglementaire. Les délais d'attente ne doivent pas être définis par règlement, entre autres parce qu'ils découlent de consensus scientifiques qui évoluent continuellement et qu'ils varient en fonction du type de pathologie. Il est également prématuré de s'engager dans une garantie d'accès généralisée alors que la plupart des établissements ne disposent pas encore d'un mécanisme de gestion de l'accès qui leur donne un portrait juste des délais d'attente.

¹ MSSS, *Garantir l'accès : une question d'équité, d'efficience et de qualité*, 2006

L'objectif d'améliorer l'accès n'implique pas de légaliser les délais ni les processus. Dans ce contexte, l'Association et ses membres considèrent que la mise en place d'un mécanisme d'accès doit tendre vers une obligation de résultats plutôt que vers une prescription de moyens pour les établissements.

Dans le même esprit, l'Association est d'accord avec le développement de ressources extrahospitalières, toujours dans un contexte d'amélioration de l'accès aux services. Cependant, l'opportunité de faire appel à des ressources extrahospitalières comme les cliniques médicales associées (i.e. l'évaluation des besoins, de même que la conclusion et la gestion des ententes) devrait reposer sur la situation particulière de chaque établissement, notamment sur la disponibilité des ressources intrahospitalières.

Nous sommes convaincus que l'engagement du gouvernement dans la réduction des délais d'accès prendra toute sa mesure si les établissements sont de véritables partenaires et disposent de la marge de manœuvre et des moyens requis pour atteindre les résultats visés.

II GESTION DE L'ACCÈS : LE RÔLE ESSENTIEL DES ÉTABLISSEMENTS

Lors de la parution du document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*², l'Association avait appuyé le principe de prioriser l'accès aux trois interventions ciblées et s'était prononcée en faveur de la responsabilisation des établissements dans la mise en œuvre du mécanisme de gestion de l'accès – ce qui suppose la disponibilité des ressources nécessaires.

De façon générale, le projet de loi nous paraît en continuité avec le document de consultation présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux en février dernier. Le projet de loi 33 contient en effet un objectif d'amélioration de l'accès aux services en vue de réduire les délais d'attente; il prévoit par ailleurs un recours très limité à l'assurance privée. L'Association se prononce par conséquent en faveur des grandes orientations qui y sont retenues.

L'Association et ses membres tiennent également à réitérer leur engagement indéfectible envers l'amélioration de l'accessibilité et leur appui à l'adoption d'une obligation de résultats pour la mise en place du mécanisme de gestion de l'accès aux services. Cette obligation de résultats signifie que, par un mécanisme transparent et crédible, l'établissement sera en mesure de faire connaître à l'utilisateur, les délais prévus pour l'intervention répondant à ses besoins et l'accompagner dans son cheminement jusqu'à cette intervention.

Nous sommes toutefois en désaccord avec l'inscription, dans la lettre de la loi, des modalités particulières du fonctionnement du mécanisme de gestion de l'accès. Il est en effet essentiel que les établissements soient directement responsables de la mise en place du mécanisme de gestion de l'accès et des résultats qui y sont associés, puisque ce mécanisme dépend largement de l'organisation interne propre à chaque établissement. Les problèmes d'accès prennent, en effet, diverses formes en fonction des régions, des populations desservies, de l'offre de services et de leur organisation, des corridors de service et de la disponibilité des ressources dans un secteur donné. Il s'agit là d'une situation qui montre encore une fois qu'il est bien difficile d'imposer des moyens devant s'appliquer intégralement à tous les établissements.

² *Idem*

Recommandation 1

L'Association recommande que le projet de loi 33 détermine une obligation de résultats plutôt qu'une prescription de moyens, en confiant notamment aux établissements le choix du cadre organisationnel entourant le mécanisme de gestion de l'accès.

Paradoxalement, alors qu'il définit toute une liste de modalités pour la gestion de l'accès, le projet de loi 33 ne précise pas les champs d'activités concernés. En effet, le projet de loi prévoit que le mécanisme s'applique aux « services spécialisés et surspécialisés »; or, en l'absence d'une définition plus claire, le mécanisme de gestion de l'accès devra considérer d'emblée toutes les interventions hospitalières : tests diagnostiques spécialisés, évaluations par un spécialiste, psychothérapie, voire les services de physiothérapie. Cette situation fragilise considérablement la mise en œuvre du mécanisme de gestion de l'accès.

Nous sommes d'accord pour que, à terme, le mécanisme vise tous les services spécialisés et surspécialisés, mais de façon graduelle. Or, tel que formulé dans le projet de loi, s'il devait être adopté tel quel, tous les services spécialisés et surspécialisés seraient visés. Nous recommandons au législateur de faire référence plutôt à des directives ou à des orientations ministérielles où seront indiquées au fur et à mesure les interventions ciblées.

À CHACUN SES RESPONSABILITÉS : DES EXEMPLES

Le projet de loi 33 se veut très prescriptif dans la définition des modalités du mécanisme, prévoyant tant l'inscription au plan d'organisation de l'établissement que les règles d'inscription de l'utilisateur, les modalités de détermination et de communication à l'utilisateur de la date prévue d'obtention du service, la nomination d'un responsable du mécanisme central et l'imputabilité spécifique du directeur des services professionnels et des chefs de département. Pour que la mise en œuvre du mécanisme de gestion de l'accès soit une réussite, ce sont autant de décisions qui doivent continuer d'appartenir à chacun des établissements puisque la responsabilité de l'accès leur revient.

Les paramètres entourant la nomination d'un responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services en sont un bon exemple. Son rôle majeur dans la gestion du changement exige que chaque établissement puisse définir, en fonction de sa réalité propre, les liens hiérarchiques qui relient le responsable de l'accès au reste de la structure organisationnelle. De la même façon, le directeur général de chaque établissement possède déjà l'obligation de faire

rapport au conseil d'administration sur la bonne marche des activités; il n'est donc pas nécessaire que le projet de loi 33 prévoie une obligation spécifique en ce sens à chaque séance du conseil.

Toujours à titre d'exemple, la responsabilité confiée au directeur des services professionnels de proposer une offre alternative à un usager, lorsque le délai d'attente est jugé déraisonnable par le ministre, ne correspond pas à la réalité des établissements puisque le directeur des services professionnels ne dispose pas, dans les faits, des leviers nécessaires pour obliger un autre établissement à offrir le service requis. Dans ce cas précis, c'est plutôt à l'agence – en relation avec les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) – que doit revenir cette responsabilité.

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

Si la première condition de réussite réside dans l’octroi aux établissements de toute la souplesse nécessaire pour assurer la mise en œuvre du mécanisme de gestion de l’accès, l’Association identifie également d’autres conditions de réussite, dont l’adoption d’une approche transparente dans la gestion de l’accès, l’implantation graduelle du mécanisme, la participation des médecins de l’établissement, de même que l’octroi des ressources nécessaires au maintien de l’offre de services et à la mise en place du mécanisme de gestion de l’accès.

Adopter une approche transparente

La transparence constitue la clef de voûte de la mise en place du mécanisme de gestion de l’accès. Transparence dans la détermination des délais raisonnables et dans la diffusion publique de ces délais raisonnables; transparence dans la prise en compte des délais raisonnables par les établissements et dans la diffusion des délais d’attente des établissements au public. Transparence, finalement, dans la communication du délai à l’usager.

Dans les faits, l’ensemble du mécanisme de gestion de l’accès repose sur le processus de détermination du délai raisonnable. L’Association s’oppose à ce que ces délais soient définis dans la réglementation. Ce sont plutôt les consensus scientifiques reconnus – lesquels évoluent au gré des avancées de la médecine – qui doivent servir de guide pour établir les délais d’attente raisonnables. Ceux-ci doivent ensuite faire l’objet d’une large diffusion au sein du réseau de la santé et des services sociaux, d’une part, et être accessibles, d’autre part, à l’ensemble de la population.

Recommandation 2

L’Association recommande que les délais raisonnables soient définis par consensus scientifique puis fassent l’objet d’une large diffusion au sein du réseau et de l’ensemble de la population.

Adopter une approche graduelle

Réussir l’implantation du mécanisme d’accès pour un nombre limité de procédures représente, dans un premier temps, une condition essentielle à l’atteinte des objectifs énoncés dans le document de consultation de février 2006 et repris dans le projet de loi 33. Dans son mémoire de mars dernier, l’Association insistait déjà sur l’importance d’une approche graduelle qui permette

au système public de santé de « développer et d'expérimenter des mécanismes de garantie d'accès qui, par la suite, pourront être appliqués éventuellement à d'autres interventions³ ».

Cette approche graduelle s'avère indispensable en raison de la complexité du mécanisme à mettre en place et des nombreux ajustements nécessaires.

L'Association est donc du même avis que celui exprimé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, à l'occasion du dépôt du projet de loi 33, le 15 juin dernier à l'Assemblée nationale. Le ministre affirmait alors que « si on échoue la première garantie d'accès pour trois procédures, [il] est inutile de parler aux citoyens d'une garantie plus large⁴ ».

La condition de réussite réside donc, dans un premier temps, dans l'application du mécanisme d'accès à un nombre limité d'interventions qui auront été établies par le ministère, après consultation des agences et des établissements, et qui feront l'objet de directives ou d'orientations ministérielles.

Parmi les interventions visées, l'Association insiste pour qu'on retrouve des interventions qui s'adressent aux clientèles pédiatriques. Plus encore, compte tenu de l'urgence inhérente aux interventions chez les clientèles pédiatriques et des délais qui sont constatés, il est essentiel que les établissements à vocation pédiatrique participent au développement du mécanisme de gestion de l'accès.

Une approche graduelle implique aussi, en plus de débiter par un nombre limité d'interventions, que la mise en œuvre du nouveau mécanisme de gestion de l'accès fasse l'objet de projets pilotes dans certains établissements, afin de développer le cadre organisationnel, les infrastructures et les synergies nécessaires pour définir et implanter les meilleurs modèles de gestion de l'accès.

Enfin, au fur et à mesure que les consensus cliniques se préciseront et que le mécanisme de gestion de l'accès deviendra pleinement opérationnel, l'Association et ses membres sont d'avis qu'il pourra s'appliquer à un nombre toujours plus grand d'interventions.

³ AQESSS. *Pour un accès équitable et raisonnable à des services sociosanitaires de qualité : continuer sur notre lancée*, mars 2006, p. 6.

⁴ *Conférence de presse du ministre de la Santé et des Services sociaux*, Philippe Couillard, Québec, 15 juin 2006.

Recommandation 3

L'Association recommande que l'implantation du mécanisme de gestion de l'accès s'applique, dans un premier temps, à un nombre limité d'interventions, incluant des interventions touchant les clientèles pédiatriques.

Recommandation 4

L'Association recommande que des projets pilotes soient mis en place afin de développer le cadre organisationnel, les infrastructures et les synergies nécessaires pour définir et implanter les meilleurs modèles de gestion de l'accès.

Recommandation 5

L'Association recommande que le mécanisme d'accès, lorsque pleinement opérationnel, s'applique à un nombre grandissant d'interventions.

Favoriser la participation des médecins

Parce que ce sont les médecins qui décident de l'indication d'une intervention et donc génèrent le volume d'interventions spécialisées et surspécialisées, la mise en place d'un mécanisme de gestion de l'accès doit compter sur leur participation. De plus, la mobilisation des médecins spécialistes repose en bonne partie sur la perception de la véritable valeur ajoutée que le mécanisme de gestion de l'accès représente. Leur apport est donc incontournable pour définir, au sein de l'établissement, un mécanisme convivial permettant l'accès facile à un système d'inscription central sur les listes d'attente et la possibilité, pour les médecins, de consulter ou de modifier facilement les listes. De plus, compte tenu des responsabilités qui sont confiées aux chefs de département ou de service, il faudra tout particulièrement clarifier leur rémunération pour la réalisation de tâches médico-administratives.

Recommandation 6

L'Association recommande que le gouvernement règle, dans les meilleurs délais, la question de la rémunération des médecins spécialistes pour les tâches médico-administratives, lesquelles sont essentielles au bon fonctionnement des établissements.

Améliorer l'offre de services

L'Association et ses membres sont d'avis qu'il faut poursuivre les investissements ciblés visant à améliorer l'offre de services dans certains secteurs. En effet, selon une étude de l'OCDE⁵, les

⁵ OCDE, *Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques*, 2004.

délais d'attente sont déterminés principalement par la disponibilité des médecins, l'utilisation de techniques ambulatoires, la proportion de personnes âgées dans la population et la rémunération à l'acte. La mise en place d'un mécanisme de gestion de l'accès ne garantit donc pas, à lui seul, une augmentation de l'offre de services dans les secteurs où l'attente existe.

De même, l'accent mis sur la gestion de l'accès ne doit pas nuire à l'atteinte des autres priorités des établissements, tels que les services généraux et psychosociaux, les soins en santé mentale, les services aux clientèles pédiatriques, etc. Dans un tel scénario, la réduction de l'attente des uns se ferait au détriment des autres et le projet de loi 33 n'aurait donc, en définitive, aucun effet.

Recommandation 7

L'Association recommande que les investissements ciblés se poursuivent de manière à assurer l'amélioration de l'offre de services et, par conséquent, de l'accessibilité.

Si les informations provenant des listes d'attente démontrent que l'offre de services est insuffisante, l'Association est d'avis qu'un financement additionnel doit être octroyé aux établissements sur la base d'un financement par activité. Cela étant, l'Association recommande aussi la plus grande prudence dans l'application du financement par activité dans les régions où la pénurie d'effectifs médicaux, tant chez les médecins que chez le personnel infirmier, ne permet pas de proposer une offre de services optimale.

Investir les ressources nécessaires pour réussir la mise en œuvre

En définitive, ce sont surtout les investissements en ressources humaines, financières et informationnelles qui seront déterminantes au moment de définir et d'implanter le mécanisme d'accès dans les établissements.

Le réseau n'en est pas à sa première expérience. Une quinzaine d'établissements spécialisés en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie ont mis près de quatre ans à implanter, avec le ministère, le Système de gestion de l'accès aux soins (SGAS). Le projet, annoncé en 2000, s'est déroulé progressivement dans les établissements jusqu'en décembre 2004.

L'implantation du SGAS a largement mobilisé les ressources humaines du réseau, notamment pour la participation aux comités d'experts pendant deux années, de 1998 à 2000, qui ont permis de définir le cadre normatif et les délais optimaux.

L'implantation du mécanisme de gestion de l'accès doit se faire dans une perspective globale qui doit prendre en compte le niveau actuel d'informatisation des établissements. Tout comme l'expérience du SGAS a démontrée l'importance d'un cadre normatif partagé par tous les partenaires, le mécanisme de gestion de l'accès devra être basé lui aussi, sur un cadre clair et cohérent. Cela assurera la qualité et la crédibilité des données.

D'autre part, l'Association et ses membres croient que la nomination d'un responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services reste un leurre si celui-ci n'est pas soutenu adéquatement par des ressources humaines, financières et informationnelles nécessaires. Il en va de même des nouvelles responsabilités confiées aux directeurs des services professionnels et aux chefs de département ou de service; ceux-ci auront besoin de compter sur des ressources humaines et financières supplémentaires pour leur permettre d'assumer leur rôle dans le suivi des modalités de fonctionnement du mécanisme de gestion de l'accès.

Il est à noter que seule une collaboration étroite entre le ministère, les agences et les établissements permettra la définition d'un système de gestion de l'accès fonctionnel, cohérent, intégré, compatible d'un établissement à l'autre et basé sur un cadre normatif clair.

En somme, les investissements majeurs dans les ressources requises constituent, pour l'Association, la marque la plus concrète de la détermination du gouvernement à réussir la mise en œuvre du mécanisme de gestion de l'accès.

Recommandation 8

L'Association recommande qu'un mécanisme de concertation soit mis en place entre le ministère, les agences et les établissements pour définir les paramètres d'un système de gestion de l'accès fonctionnel, cohérent, intégré et compatible.

Recommandation 9

L'Association recommande que la mise en place du mécanisme de gestion de l'accès soit soutenue adéquatement par les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires.

III LES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS : UN CONCEPT SUR MESURE POUR LES CLINIQUES PRIVÉES ET PAYANTES

Parce qu'il s'agit, entre autres, de mettre en place un encadrement offrant une garantie supplémentaire de qualité et de sécurité pour le public, l'Association accueille favorablement la création des centres médicaux spécialisés.

Cependant, si l'Association se réjouit que le projet de loi distingue les centres médicaux spécialisés où pratiquent des médecins participants et non participants, assurant ainsi le maintien de l'étanchéité entre les deux pratiques, elle est d'avis que la création de deux types de centres médicaux spécialisés est de nature à engendrer de la confusion, tant au sein du réseau que dans la population. C'est pourquoi l'Association recommande que le concept de centre médical spécialisé ne s'applique qu'aux centres médicaux privés et payants gérés par des médecins non participants.

L'Association est aussi d'avis que le gouvernement doit encadrer l'ensemble des chirurgies qui y sont pratiquées, y compris les chirurgies non couvertes par le régime public, comme la chirurgie esthétique, au lieu de limiter les conditions de permis des centres médicaux spécialisés aux trois seules interventions prévues par le projet de loi. Un tel encadrement est souhaitable puisqu'il représente un contrôle systématique de la qualité et de la sécurité des soins. L'adoption d'une terminologie plus englobante, comme la « chirurgie en milieu extrahospitalier » telle que définie par le Collège des médecins⁶, permettrait d'inclure, en matière de permis, d'assurance qualité et d'agrément, toutes les interventions qui peuvent, dans les faits, être réalisées dans les centres médicaux spécialisés.

Enfin, l'Association préconise que, dans la description des centres médicaux spécialisés, le projet de loi distingue clairement les notions d'hébergement et d'hospitalisation. En effet, alors que le projet de loi fait référence à la notion d'hébergement – qui signifie « loger provisoirement » – il s'agit plutôt de la notion d'hospitalisation, qui signifie « séjour d'un malade dans un établissement public ou privé où sont effectués des soins médicaux et chirurgicaux ». En effet, des chirurgies aussi invasives que l'arthroplastie totale du genou ou de la hanche nécessitent des soins postopératoires de nature médico-chirurgicale, pour assurer la surveillance étroite des fonctions vitales et pour contrôler la douleur du patient : des services correspondant bien plus à la notion d'hospitalisation qu'à celle d'hébergement.

⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *La chirurgie en milieu extrahospitalier*, mai 2005.

Recommandation 10

L'Association recommande que le concept de centre médical spécialisé soit réservé aux seuls médecins non participants, de manière à bien identifier sa vocation privée et payante.

Recommandation 11

L'Association recommande que le permis des centres médicaux spécialisés inclue toutes les interventions qui peuvent y être réalisées.

IV CLINIQUES MÉDICALES ASSOCIÉES : AGIR SANS LÉGIFÉRER

L'Association se prononce d'emblée en faveur de la possibilité, pour les établissements, de conclure des ententes avec des cliniques médicales associées. Il va de soi que de telles cliniques médicales associées, donnant un certain nombre de services médicaux spécialisés offerts en ambulatoire, convenus dans le cadre d'une entente et soumis aux mêmes règles et modalités de surveillance que ceux offerts en établissement, représentent une alternative intéressante pour les établissements dont les infrastructures ne permettent pas d'offrir certains services spécialisés dans un délai raisonnable.

L'Association est en désaccord avec la définition et l'encadrement immédiat, dans la loi, du concept de clinique médicale associée où pratiquent des médecins participants puisque des ententes déjà en vigueur entre des organismes gouvernementaux, des établissements et certaines cliniques médicales font en sorte que ce concept *existe déjà*, en dehors de toute intervention du législateur.

Le gouvernement devrait plutôt, dans un premier temps, émettre des directives sur l'encadrement d'ententes tripartites (agence, établissement, clinique) et permettre que l'expérience indique les meilleures façons de faire. Si cela s'avérait nécessaire, avant d'inscrire le concept de clinique médicale associée dans la loi, il faudrait mieux définir le besoin de nouvelles structures extrahospitalières dans un contexte où les plateaux techniques existants ne sont pas toujours utilisés à leur pleine capacité.

Sans remettre en question la pertinence de la formule, nous sommes d'avis qu'il faut procéder de la même manière que pour la création des groupes de médecine familiale ou des cliniques réseau, c'est-à-dire par l'implantation et l'évaluation de projets de démonstration.

À partir d'ententes tripartites, de tels projets de démonstration permettraient d'estimer les avantages concrets des cliniques médicales associées, notamment pour l'accès à des services d'imagerie qui ne sont pas couverts par le système public lorsqu'ils sont donnés en cabinet privé, ainsi que pour certaines interventions chirurgicales électives offertes en ambulatoire, difficiles à réaliser dans certains établissements publics en raison de la faible disponibilité des plateaux techniques. Des projets de démonstration permettraient aussi d'évaluer l'impact réel des cliniques médicales associées sur les ressources hospitalières.

L'Association insiste enfin sur l'importance de veiller à ce que le coût des services offerts dans une clinique médicale associée soit inférieur au coût unitaire estimé dans l'établissement. Le prix des services offerts à l'extérieur de l'établissement doit en effet représenter en soi un avantage suffisant pour y justifier l'investissement des fonds publics en lieu et place du système public de santé.

Recommandation 12

L'Association recommande que le développement de cliniques médicales associées se fasse dans le cadre de projets de démonstration et qu'en conséquence le concept soit retiré du projet de loi.

V OUVERTURE LIMITÉE À L'ASSURANCE PRIVÉE

L'Association constate avec satisfaction que l'ouverture à l'assurance privée demeure contrôlée par un mécanisme réglementaire de modification à la liste des traitements médicaux, qui permet une étude publique et transparente par les instances démocratiques de l'Assemblée nationale.

Le projet de loi ne devrait toutefois pas limiter l'ouverture à l'assurance privée au remplacement de prothèses totales de la hanche et du genou, alors que d'autres interventions moins effractives, comme l'implantation d'une prothèse partielle, permettraient d'atteindre les mêmes objectifs cliniques mais ne seraient pas remboursées.

À notre avis, il est dans l'intérêt du patient de permettre que les interventions moins effractives, dans la mesure où elles poursuivent le même objectif clinique qu'une intervention majeure admissible à l'assurance privée, puissent être également remboursées.

Recommandation 13

L'Association recommande que l'ouverture à l'assurance privée soit maintenue aux seules interventions ciblées, en incluant les interventions moins effractives poursuivant le même objectif clinique.

VI LISTE DES RECOMMANDATIONS

À l'égard du projet de loi 33, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux recommande :

1. Que le projet de loi 33 détermine une obligation de résultats plutôt qu'une prescription de moyens, en confiant notamment aux établissements le choix du cadre organisationnel entourant le mécanisme de gestion de l'accès;
2. Que les délais raisonnables soient définis par consensus scientifique puis fassent l'objet d'une large diffusion au sein du réseau et de l'ensemble de la population;
3. Que l'implantation du mécanisme de gestion de l'accès s'applique, dans un premier temps, à un nombre limité d'interventions, incluant des interventions touchant les clientèles pédiatriques;
4. Que des projets pilotes soient mis en place afin de développer le cadre organisationnel, les infrastructures et les synergies nécessaires pour définir et implanter les meilleures pratiques de gestion de l'accès;
5. Que le mécanisme d'accès, lorsque pleinement opérationnel, s'applique à un nombre grandissant d'interventions;
6. Que le gouvernement règle, dans les meilleurs délais, la question de la rémunération des médecins spécialistes pour les tâches médico-administratives, lesquelles sont essentielles au bon fonctionnement des établissements;
7. Que les investissements ciblés se poursuivent de manière à assurer l'amélioration de l'offre de services et, par conséquent, de l'accessibilité;
8. Qu'un mécanisme de concertation soit mis en place entre le ministère, les agences et les établissements pour définir les paramètres d'un système de gestion de l'accès fonctionnel, cohérent, intégré et compatible;
9. Que la mise en place du mécanisme de gestion de l'accès soit soutenue adéquatement par les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires;
10. Que le concept de centre médical spécialisé soit réservé aux seuls médecins non participants, de manière à bien identifier sa vocation privée et payante;
11. Que le permis des centres médicaux spécialisés inclue toutes les interventions qui peuvent y être réalisées;
12. Que le développement de cliniques médicales associées se fasse dans le cadre de projets de démonstration et qu'en conséquence le concept soit retiré du projet de loi;
13. Que l'ouverture à l'assurance privée soit maintenue aux seules interventions ciblées, en incluant les interventions moins effractives poursuivant le même objectif clinique.

VII LES ENGAGEMENTS DE L'AQESSS

Afin de contribuer concrètement à l'atteinte des résultats attendus par le projet de loi 33, l'Association s'engage à :

1. Soutenir les établissements dans la mise en place graduelle d'un mécanisme de gestion de l'accès pour les interventions médicales électives les plus prioritaires, en fonction des directives ou orientations ministérielles;
2. Participer au mécanisme de concertation entre le ministère, les agences et les établissements pour l'identification des interventions visées par le mécanisme de gestion de l'accès et pour le développement du cadre normatif de ce mécanisme;
3. Appuyer les établissements pour obtenir le soutien et l'expertise nécessaires au développement d'un système de gestion de l'accès fonctionnel, cohérent, intégré et compatible d'un établissement à l'autre;
4. S'associer au développement de cliniques médicales associées en participant à l'étude d'impact de ces cliniques sur les activités hospitalières, en collaboration avec les établissements et les agences concernés.