

**RAPPORT D'AUDIT
ÎLES-DE-LA-MADELEINE**

Visites des 7, 8 et 9 juin 2017

Ministère de la Santé et des Services sociaux

En collaboration avec :

Collège des médecins du Québec (CMQ)

Fédération des médecins
spécialistes du Québec (FMSQ)

Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec (FMOQ)

Michel A. Bureau, M. D.
22 juin 2017

RAPPORT D'AUDIT

Audit des services médicaux au CISSS des Îles-de-la-Madeleine les 7, 8 et 9 juin 2017 7 juin après-midi CMQ, 8 juin (tous) et 9 juin avant-midi (tous)

Raisons de l'audit (annexe I)

Cette demande d'audit émergeait des médecins des Îles eux-mêmes et des médecins spécialistes de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Celle-ci appuyait sa demande à la difficulté croissante de recruter des médecins pour couvrir les bris de services, les démissions de spécialistes et le recours exponentiel à des médecins dépanneurs.

La demande et le mandat de cet audit viennent officiellement d'une demande de l'établissement dans une lettre officielle du 17 mai dernier. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) y a répondu favorablement le 19 mai dernier. Il a précisé le mandat et a coordonné la visite d'audit.

Le thème dominant de l'audit est l'ACCÈS AUX SERVICES.

L'objectif de l'audit est de cibler les problèmes, d'entendre les solutions proposées par le CISSS et de contribuer à dénouer les impasses. Le comité a regardé comment l'environnement ou les conditions de travail et la gestion de l'établissement contribuent à ces problèmes.

Partenaires de l'audit

Les dirigeants administratifs et médicaux du CISSS des Îles :

MSSS : Dirigé par le sous-ministre associé, le Dr Michel A. Bureau, accompagné du Dr Antoine Groulx et du Dr Jacques Ricard

CMQ : Dre Carole Santerre et Dre Marie-France Pelland

FMOQ : Dr Louis Godin, président, et Dr Michel Desrosiers, DAP

FMSQ : Dre Diane Francoeur, présidente, et Dre Michèle Drouin, DAP

Associations : Dr Mario Viens, président ACQ, Dr Mario Dallaire, président ASMIQ, et Dr François Gobeil, président sortant AAQ

Représentants des citoyens : Messieurs Cyr et Lapierre

NOTEZ : Le Collège des médecins du Québec (CMQ) accompagne l'audit, mais sa mission de vérification spécifique se fait confidentiellement, en marge de l'audit de gouvernance médicale du MSSS.

Déroulement de l'audit : portées et limites

Des travaux et des consultations préliminaires de l'établissement ont eu lieu et les auditeurs ont aussi fait eux-mêmes des consultations préalables à la visite. Les sources des témoignages sont confidentielles, mais le contenu des témoignages est retenu par les auditeurs. Tous les groupes de la gouverne médicale ont été entendus durant environ 20 heures d'audit. Nous avons donné la chance à tous d'intervenir.

L'audit a porté sur la gouvernance médicale. L'équipe d'audit était essentiellement des médecins. Les personnes entendues ont été des médecins et un seul groupe du personnel infirmier, y compris la directrice des soins infirmiers (DSI). Tous les dirigeants médicaux ont été entendus. Plusieurs spécialistes en fonction ou retraités ont été entendus seuls ou en groupe.

Le comité d'audit a accordé une très grande place aux médecins qui voulaient se faire entendre seuls et en toute confidentialité. Ainsi, les médecins qui se perçoivent comme des « victimes du système des Îles » se sont longuement exprimés. Leur ressenti doit trouver sa juste place dans ce rapport sans tomber dans le piège d'écouter la voix unique de ceux qui se perçoivent comme des victimes du système.

L'équipe ne comptait pas d'administrateur ou de gestionnaire d'établissement, bien que plusieurs médecins de l'équipe soient des gestionnaires expérimentés, et l'audit n'a pas porté directement sur la gestion administrative, bien que la direction et la haute direction administratives aient fait l'objet de nombreux commentaires que nous avons retenus.

Les deux membres laïques de la communauté ont fait partie intégrante de la première journée d'audit à titre d'observateurs. Ils ont été choisis par le directeur des services professionnels (DSP) à la demande du Dr Michel A. Bureau.

Collaboration, transparence et confidentialité

L'audit s'est déroulé avec la coopération de tous les dirigeants médicaux, des médecins en poste et de plusieurs médecins extérieurs qui ont travaillé au CISSS à titre de membres actifs ou de médecins de renfort lors de bris de services. La collaboration de la PDG et du DSP a été sans faille.

Liste des personnes vues en entrevue sur place (ou par téléphone, le cas échéant) :

Mme Yvette Fortier, PDG

- a) Brève rencontre de courtoisie à l'accueil;
- b) Rencontre de groupe pour livrer l'*exit report*;
- c) Rencontre privée avec son DSP au départ (10 minutes) sur des témoignages de médecins partis des Îles.

M. Reynald Tremblay, pharmacien, président ECMDP lors de l'*exit report*

Dr Jean François Noel, médecin de famille, v.-p. ECMDP

Dre Amélie Hubert, médecin de famille, trésorière ECMDP

Dr Patrick Blouin, médecin de famille, membre ECMDP

Dr Steeve Lessard, médecin de famille, membre ECMDP

Dr Robert Leroux, psychiatre, membre ECMDP

Dr Marcel Couture, DSPH

Dr Luc Cyr, médecin de famille, chef département de médecine générale

Dre Marie Louise Boshouwers, médecin de famille, responsable GMF

Dr Hughes Poirier, psychiatre, chef département de psychiatrie

Dr Simon Lajeunesse, gynécologue, chef département de chirurgie

Dr Luc Dansereau, interniste, chef département de médecine spécialisée

Dr Michel Bérubé, interniste en communauté
 Dre Christine Paquet, médecin de famille, membre associée en communauté
 Dre Aline Landry, médecin de famille, membre associée en communauté
 Dr Marc Antoine Parent, médecin de famille en communauté, pratique pédiatrique

Invités spéciaux

Dr Lester Duguay, chirurgien retraité
 Dr Houssine Souissi, anesthésiste, a démissionné en septembre 2016
 Dre Caroline Gagnon, anesthésiologiste, a démissionné en août 2017 (par téléphone)
 Dr Richard Lemieux, DSP et accompagnateur 2016-2017 (par téléphone le 9 juin)
 Dre Lorraine Therrien, DSP ± 20 ans (par téléphone le 7 juin)
 Dr Pierre Saillant, omnipraticien et anesthésiste ± 25 ans (par téléphone le 7 juin)

Mme Johanne Cantin, DSI
 Mme Rachel Langford, infirmière-chef bloc opératoire
 Mme Louise Gaudet, infirmière-chef urgence
 Mme Marie Julie Thériault, future infirmière-chef urgence
 Mme Estelle Lapiere, infirmière services courants, gestionnaire GMF, responsable santé publique

Documents de soutien disponibles exclusivement aux membres du comité d'audit

- Topo anesthésie
- Topo chirurgie
- Topo médecine interne
- Topo médecine de famille
- Notes de DSI
- Lettre PDG Y. Fortier réponse Dr Michel A. Bureau sur l'audit

	2015-2016	2016-2017
Population	12 843	stable
Services; CHSLD Eudore-LaBrie	CHSLD 62 + 1 répit +1 soins pall. = 64	62 + 1 répit + 1 soins pall. = 64
Lits au permis	30	30
Accouchements	85	78 (période 11)
Chirurgies avec hospitalisation (n)	206	199
Chirurgies d'un jour (n)	508	682
Visites à l'urgence	20 167	21 959
DMS	12	12,1 h
GMF patients inscrits	2016-06-01	2017-06-01
Non pondéré	9 374	9 452
Nombre de médecins de famille	19	17
Nombre de spécialistes	5	5
Démissions de méd. de famille / 4 départs bureau privé et statut modifié pour membres ass. 2014	2	2
Démissions de spécialistes	2 + 1 retraite	2 + 1 retraite
Nombre de patients transférés	Total = 1 872, Jet 69	Total = 1 808, Jet = 55

	2015-2016	2016-2017
Nombre de médecins dépanneurs MF	3 sem. / 4 obstétrique 2 membres associés non résidents = 20 semaines hospit ou CHSLD SAD	<i>Idem</i> 2 membres associés non résidents = 24 sem. hospit ou CHSLD SAD
Nombre de médecins dépanneurs spécialité (semaines)	Anesthésie : 21 Chirurgie : 27 Gynécologie : 18 Médecine interne : 27 Psychiatrie : 6 Radiologie : 14 (113 total)	Anesthésie : 34 Chirurgie : 42 Gynécologie : 22 Médecine interne : 40 Psychiatrie : 20 Radiologie : 24 (182 total)

CONSTATS PRÉLIMINAIRES

LE GRAND MALAISE DES MÉDECINS DES ÎLES ET LA GOUVERNANCE.

- La volonté de maintenir une pratique médicale de qualité est marquante. Cela est vrai autant pour les médecins de famille que pour les médecins spécialistes. En effet, il ressort un engagement de la part du corpus médical à prendre les moyens, même si parfois les conditions rendent difficile, en raison de l'éloignement, d'offrir à la population des îles une qualité de soins et de services.
- Le fort sentiment d'appartenance de la part des médecins, autant les médecins de famille que les médecins spécialistes, est très palpable auprès de la communauté des Îles-de-la-Madeleine. La plupart d'entre eux ont choisi ce milieu de pratique pour des raisons aussi bien professionnelles que personnelles et si ce n'était du climat actuellement malsain, ils voudraient y poursuivre leur carrière et expriment leur volonté d'offrir des services médicaux exemplaires.
- La grande majorité des personnes rencontrées, autant les médecins que le personnel infirmier, ciblent et reconnaissent d'une même voix les causes du malaise actuel. Et du même souffle, elles expriment une volonté de résoudre les problèmes trouvés en proposant des solutions. L'audit a permis une écoute active et on a senti que l'espoir d'améliorer la situation est toujours présent.
- Ce qui a frappé les membres visiteurs de l'audit, c'est la tension palpable entre les acteurs du réseau, autant entre les médecins, le personnel infirmier que les administrateurs. Des mots très précis ont été mentionnés pour décrire le climat malsain actuel : dénigrement, intimidation, harcèlement, milieu toxique, représailles.
- Plusieurs personnes rencontrées ont exprimé leur méfiance envers la gouvernance médicale actuelle (DSP, chef de département de médecine générale, conjointe du DSP, vice-président CMDP) et envers la haute direction. On allègue des représailles pour exercer du leadership pour en arriver à des objectifs plus personnels qu'organisationnels. Cependant, aucun exemple convaincant n'est déposé pour soutenir cette accusation de représailles. Les méthodes d'attribution des responsabilités médicales sont mises en doute : place de l'ancienneté comme critère, partages présumés arbitraires de forfaits, arrangements particuliers occultes pour soulager des tâches communes de certains médecins, décisions sans discussion ni consensus, corrections de procès-verbaux sans discussion, commandes en dictats, menaces. Les commandes de services parfois imposées à des médecins qui n'ont pas les connaissances suffisantes (au début dans le cas de rupture de services en oncologie). Le comité n'était pas en mesure de vérifier ces accusations.

Les dirigeants médicaux rapportent la difficulté constante de toujours gérer avec le « gun de la menace de quitter les îles ou d'autres menaces », qui semble la façon établie des médecins de négocier avec leurs collègues dirigeants. Les spécialistes s'impliquent peu et ne participent pas suffisamment aux affaires de direction. Les médecins spécialistes rapportent qu'ils se font montrer la porte s'ils ne sont pas contents.

Comment alors espérer les impliquer dans les affaires de l'hôpital dans de telles circonstances? Les acteurs leaders que sont le DSP, le président et exécutif du CMDP et le président de la table des chefs n'ont pas réussi à maintenir le climat de confiance pour un environnement convivial et attractif.

Que ces témoignages soient justes, exagérés ou paranoïdes, le malaise est réel et important. Devant ce malaise, les dirigeants médicaux eux-mêmes signifient la difficulté de leur rôle et le DSP témoigne ouvertement au comité d'audit qu'il offre sa place à qui veut la prendre.

Cette méfiance s'exprime beaucoup envers la direction générale (PDG), qui n'a pas su développer un climat de collaboration entre les médecins, son administration et ses représentants médicaux. Plusieurs témoignages lui rapportent ses courriels inacceptables et abrasifs adressés aux médecins, individuellement. Cette attitude délétère vis-à-vis les médecins en instance de décisions de carrière aurait encouragé le départ de plusieurs.

Ainsi, la détresse exprimée est davantage liée à une atmosphère de non-écoute face aux situations conflictuelles de la part de la direction médicale et administrative et des moyens de communiquer inappropriés de la part de dirigeants. Une gestion générale inappropriée contribue à ce malaise.

ORGANISATION DE PRATIQUE

Pratique médicale polyvalente pour les médecins des îles. La spécificité de la pratique aux îles comme dans les milieux à faible densité exige une polyvalence de connaissances et de compétences. C'est un défi de taille que les médecins des îles relèvent de bonne façon (FMSQ). On doit les féliciter. Cette polyvalence est à prendre en compte pour le recrutement et le remplacement de médecins de famille ou spécialistes.

Le besoin de pratique polyvalente devrait aussi orienter l'organisation des services, notamment les règlements départementaux, qui devraient soutenir les efforts de polyvalence et de pratiques mixtes déployés par les médecins. De même, bien conscient de cette réalité, le CMDP devrait contribuer activement au maintien de telles compétences étendues de ses membres par le truchement de son comité de développement professionnel continu. Par ailleurs, les connaissances médicales étant en développement exponentiel, il apparaît impératif de ne pas traduire polyvalence en omniscience. Il est irréaliste de penser que la pratique professionnelle aux îles soit la même que celle du continent. Ainsi, l'élaboration de corridors formels de services (télémédecine ou en personne) avec les milieux spécialisés pertinents du continent apparaît aussi prioritaire que complémentaire à cette démarche. De plus, ces liens privilégiés pourraient permettre de profiter d'occasions de transferts d'expertise et de formation continue. Enfin, dans l'exercice de reconnaissance des compétences et d'octroi de privilèges de pratiques, le CMDP devrait systématiser son souci de privilégier les candidats faisant preuve d'une telle polyvalence ou d'un tel intérêt pour le transfert de connaissances.

- L'interface entre les médecins de famille et les médecins spécialistes est confrontée à des problèmes de différentes natures. D'abord, les champs d'exercices de spécialités susceptibles de se chevaucher devraient être clairement établis. Ils devraient aussi être explicitement partagés entre les spécialistes concernés, médecins de famille ou autres spécialités. Compte tenu du climat de méfiance régnant à l'égard de la gouvernance en place, cet exercice délicat de partage et de complémentarité des rôles devrait être exercé dans la plus grande transparence et en collaboration avec les médecins concernés. La confiance perdue ne pourra être retrouvée sans accompagnement extérieur.

Ensuite, une clarification spécifique des rôles plus administratifs de chacun devrait être réalisée. Ces tâches souvent impopulaires chez les médecins apparaissent incendiaires dans la situation actuelle. Il en va de même de la participation de tous aux comités statutaires et ad hoc qui ne devrait plus être perçue comme optionnelle ou propre à certaines spécialités plutôt qu'à d'autres.

Enfin, ces démarches devraient être menées avec le souci affirmé d'éviter d'alimenter la perception que les médecins de famille sont au service des autres spécialistes ou, à l'inverse, que ces derniers ne sont que les techniciens des premiers. Dans une communauté médicale aussi intime que celle des îles, seule une véritable collaboration collégiale, tant philosophique que pragmatique, saura assurer une saine continuité des services rendus à la population.

- Retombées des changements dans l'organisation médicale au cours des dernières années : implantation d'un groupe de médecins de famille (GMF), ouverture d'une clinique dans la communauté et de différentes cliniques spécialisées dans l'établissement.

Organisation de pratique en transformation : l'organisation médicale a changé considérablement au cours des dernières années aux îles. Les orientations actuelles en matière d'inscription, d'accès et de continuité aux services de proximité généraux et spécialisés affectent aussi les milieux plus ruraux comme celui des îles. La mise en place du groupe de médecine de famille induit à elle seule une transformation culturelle importante notamment quant à la collaboration entre l'établissement et les cliniques médicales du territoire ainsi qu'aux services d'urgence. La réorientation souhaitée des patients aux besoins semi-urgents et non urgents de l'urgence vers le GMF impose une transformation culturelle significative que l'établissement doit contribuer à soutenir activement. De même, ce déplacement de service doit être accompagné d'un déplacement des ressources pertinentes afin d'assurer le maintien de services de qualité et la satisfaction des médecins et professionnels ainsi tournés vers la communauté. Enfin, l'ensemble des transformations induites par les changements démographiques, épidémiologiques et cliniques (chirurgie d'un jour, démocratisation des technologies, télémédecine, etc.) impose de repenser certains services spécialisés et leur arrimage avec la médecine de famille. L'importance accordée au rôle de ces derniers pour l'inscription et le suivi longitudinal oblige à mieux circonscrire leur rôle hospitalier. Cela impose de repenser les suivis conjoints pour certains patients ou encore la formalisation des liens entre les services hospitaliers et ceux rendus dans la communauté.

- Clarification des rôles – prise en charge médicale entre omnipraticiens et spécialistes particulièrement des secteurs :
 - soins intensifs;
 - oncologie; médecins et infirmières-pivots;
 - clinique de la douleur;
 - pratique orthopédique mineure, notamment immobilisation de fractures simples.

INSTABILITÉ DES EFFECTIFS MÉDICAUX ET FACTEURS CONTRIBUTIFS

Théoriquement, le milieu mythique des Îles constitue un attrait pour plusieurs médecins. De nombreux témoignages ciblent comme facteurs favorables à la pratique aux Îles la variété de pratique, la qualité et, on le souhaite, la convivialité de pratique, la fraternité de pratique et le soutien mutuel des confrères dans l'exercice de la profession. Hélas! La réalité devient autre. Pourtant l'ère Saillant et Therrien, quoique stricte, prévenait la découverte anesthésique dans une ambiance attractive. Le leadership laissé flottant et mal adapté par la suite aura contribué au climat actuel.

Départ de nombreux médecins pour plusieurs raisons, dont le climat de travail entraînant des zones de bris de services en spécialité.

Le tableau des pages 3 et 4 indique que le nombre de médecins dépanneurs aux Îles était déjà très élevé à 113 dépannages en 2015-2016, mais plus élevé à 182 dépannages en 2016-2017.

Les raisons de départ des médecins de famille et des médecins spécialistes des Îles sont multiples. Les raisons personnelles : difficulté de s'adapter à un environnement insulaire, possibilités de travail insatisfaisantes pour le conjoint, contrainte ou éloignement familial, éducation des enfants, etc.

Les raisons professionnelles du départ des médecins sont aussi variées. Pour les médecins de famille (MF) ou le spécialiste, obligation de pratique polyvalente du MF harmonisée et complémentaire aux pratiques du spécialiste et vice versa, sentiment d'isolement professionnel, défaut de densité de clientèle pour l'intérêt de pratique de niche du médecin, besoin de ressourcement professionnel, sont toutes des raisons évoquées.

L'atmosphère hostile et les tensions interprofessionnelles font le contraire, soit pousser hors des Îles les médecins qui autrement y resteraient et détourner vers d'autres milieux les candidatures au recrutement, même les médecins de renfort (dépanneurs). Les nombreux témoignages reçus semblent indiquer que, depuis quelques années, s'est instauré aux Îles un climat définit comme « toxique » tel que décrit ci-haut, tensions entre les groupes de MF et tensions entre les MF et les spécialistes, ainsi qu'une méfiance envers l'administration et même les confrères dirigeants médicaux.

LA GESTION DES RESSOURCES

Le comité d'audit doit être prudent sur ce sujet parce que cela n'a pas fait partie de son mandat. En général, le manque de ressources aux Îles n'est pas apparu comme étant flagrant. L'usage des ressources pose problème, dit-on, notamment au bloc opératoire, à la clinique de gestion de la douleur, etc.

La direction des soins infirmiers (Mmes Cantin, Langford, Gaudet, Lapierre, Thériault en groupe) a livré ses préoccupations dans une entrevue d'une heure touchant le bloc opératoire, les services externes, les cliniques spécialisées, l'oncologie et la clinique de douleur. L'énoncé ci-après rapporte ce témoignage verbal ou écrit. Le comité en prend bonne note, mais il aurait des nuances à y ajouter.

- Commentaire général : « Aux Îles, c'est l'organisation des services qui doit s'adapter aux médecins et non le contraire » – DSI.
- Médecine de famille : confusion des rôles – chef de département, chef de GMF; rôle MF et infirmière à revoir; les références aux spécialistes par l'infirmière sont critiquées.
- Santé mentale, psychiatrie : cogestion efficace; bon service disponible; effectifs précaires compte tenu de tranche d'âge; services aux urgences à améliorer.
- Périnatalité obstétrique : crise en gynécologie à la suite de la déclaration de manque de confiance dans le personnel obstétrical; un seul omnipraticien fait de l'obstétrique; gynécologue apprécié.
- Soins aigus de courte durée : fonctionnement variable; gestion des lits et des congés à revoir.
- Oncologie : crise interne des services; réorganisation des services sur place appréciée; confusion des rôles; problème du service de contrôle de la douleur pour les patients d'oncologie.
- Urgence : grand désordre; réponses tardives des médecins aux appels; etc.
- Chirurgie, anesthésie : chirurgien apprécié; pas de comité du bloc; gestion des ressources du bloc déficiente; conflit d'horaire du chirurgien qui fait ses consultations le matin et le bloc en après-midi; problème de DMS lié à l'activité du chirurgien.
Effort des anesthésistes de renfort apprécié; mais chacun a des exigences « sur mesure » d'équipements variables non disponibles (désordre).
- Autres : commentaires sur caractères variables des médecins.

LES DIRIGEANTS EN CAUSE

La source de ce problème de climat n'est pas claire. Plusieurs joueurs sont en cause. On accuse facilement les médecins eux-mêmes, mais aussi généralement la haute direction administrative par son action maladroite et son omission d'agir, qui apparaissent comme un facteur commun à plusieurs témoignages. La haute direction semble incapable et inhabile face à ce problème. Elle n'a pas trouvé les moyens pour aplanir ces tensions entre les professionnels et n'a pas trouvé l'aide professionnelle et les médiateurs pour dénouer les nœuds gordiens. Elle y ajoute ses maladresses qui provoquent les idées de départ qui finissent par se matérialiser : les médecins, incertains de poursuivre leur carrière aux Îles, témoignent qu'ils seraient négligés même encouragés à partir plutôt que de vivre une démarche proactive « petite séduction » et de rétention par la haute direction. L'inverse de la séduction semble courant. Un mandat d'accompagnement serré semble requis ou peut-être même une tutelle administrative.

REVOIR LA GOUVERNANCE MÉDICALE

Un accompagnement médical est aussi requis pour apaiser le malaise, redresser les pratiques et ajuster la structure de gouvernance médicale. Particulièrement :

- Favoriser une participation équilibrée au comité exécutif médecins spécialistes/omnipraticiens.
- Clarifier, mettre à jour et communiquer les règles de départements :
 - Mettre fin aux arrangements et appliquer les règles.
- Mettre en place une culture qui amènera à documenter les dossiers sur les faits, les sentiments, les besoins et les demandes :
 - Mettre en place de procédures de suivis des comportements inacceptables à tous les niveaux de l'organisation.
 - Favoriser l'interprofessionnel, particulièrement en médecine familiale.
 - Clarifier la position du DSP (situation de conflit potentiel personnel); accompagnement dans la prise de décisions.
- Mettre en place un plan de communication : cibler les tables officielles à tous les niveaux.
- Créer une table de concertation de tous les médecins pour mieux définir les champs de compétence et d'exercice des médecins de famille et des médecins des autres spécialités.

STRATÉGIE DE MAINTIEN DES EFFECTIFS MÉDICAUX, DE SOUTIEN À LA PRATIQUE, DE RECRUTEMENT ET DE PLAN DE CONTINGENCE AU BRIS DE SERVICES

Stratégie de soutien et de rétention :

Sentiment d'abandon et de manque d'appui du continent devant des problèmes complexes de santé; précarité dans le recrutement des médecins de renfort immédiat (avis téléphonique) en cas de besoin, défaut de développer des corridors de services préétablis, télémédecine, etc.

Le recrutement de médecins permanents aux Îles et un soutien proactif à la pratique sont en crise. Peu de médecins spécialistes feront toute leur carrière aux Îles, mais plusieurs sont prêts à y faire plusieurs années de services. La diversité de pratique médicale, la limite de la sévérité des cas traitables aux Îles et le volume de la clientèle sont des obstacles qui demanderont toujours le recours à des médecins de renfort (dépanneurs). De façon réaliste, il faut créer un système qui peut soutenir ce type de recrutement.

Les médecins de famille doivent être en nombre suffisant et cela semble être le cas à quelques ajustements près. Ils doivent être habilités à diverses fonctions : urgence; soins intensifs; cliniques en soutien d'oncologie; certains services d'orthopédie de 1^{re} ligne; suivi périnatal.

Le recrutement de spécialistes permanents doit combler les postes disponibles dans les spécialités de base : chirurgie; anesthésie; radiologie; médecine interne; obstétrique; psychiatrie; accès à l'oncologie (chimiothérapie).

- Recruter un anesthésiste (peut-être qu'un nouveau climat de travail et qu'un ajustement du PEM permettraient à la Dre Caroline Gagnon d'y revenir);
- Recruter de spécialistes, particulièrement en chirurgie;
- Augmenter la présence en orthopédie (plus d'une visite tous les trois mois);
- Ajuster les PEM au besoin pour éviter les bris de services; explorer la formule de poste réseau en anesthésie, en chirurgie générale, en médecine interne;
- Ajouter un 3^e PEM en psychiatrie (2^e psychiatre a 70 ans); favoriser la cogestion médicale efficace en psychiatrie.

Soutien à distance par les amis des Îles : les anciens médecins des Îles nous rapportent avec regret la perte du réseau des « amis et confrères en soutien professionnel aux besoins particuliers ». Les hôpitaux du réseau RUIS de Laval jouaient souvent ce rôle de contact à distance, d'aide aux situations aiguës (ex. : cas de soins intensifs), de services de dépannage en cas de ruptures de services, de semaines de consultations sur place. Ce soutien aux médecins des Îles est maintenant plus précaire et déficient. Recréer ce réseau de consultants facilement accessible aiderait grandement. Nombreux témoignages se plaignant d'attentes interminables au téléphone pour obtenir de collègues du continent des avis essentiels à leur travail professionnel dans les conditions où l'expertise externe est nécessaire dans nombre de cas particuliers pour des conditions aiguës ou chroniques. Les médecins relativement isolés gagneraient à s'appuyer sur un réseau de contacts à distance facile et presque immédiat. Il doit y avoir une infirmière de liaison pour les transferts et les consultations à développer 24 h/24, 7 j/7.

Le climat de tension doit se résoudre avant d'établir « ces connivences d'aide » de services professionnels à distance. Ce sujet devrait être porté à l'attention du RUIS de Laval, qui fournissait généralement les deux tiers des médecins en appui aux Îles, les autres médecins venant de partout ailleurs, et le renfort requis. Ce réseau de soutien pourrait venir :

- 1) de contacts téléphoniques fidélisés;
- 2) de télémédecine sur mesure;
- 3) de système de consultation périodique des spécialistes.

Stratégie de recrutement déficiente

Recruter un médecin est une entreprise délicate d'affinité entre le candidat et l'établissement recruteur. On dit communément que c'est une séduction mutuelle, le *body contact* approprié, les moyens facilitateurs. Cela doit être créé aux Îles.

Pour le recrutement, le DSP, le PDG, les associations de spécialistes, le RUIS de Laval et le MSSS doivent se concerter. Toutefois, le leadership doit venir de l'équipe médicale des Îles.

AUDIT DE L'ORGANISATION MÉDICALE AU CISSS DES ÎLES – RECOMMANDATIONS RÉVISÉES

ÉTABLISSEMENT

- 1- Demande d'accompagnement;
- 2- Gouverne médicale à réinventer; transparence, confiance, équité;
- 3- Campagne de sensibilisation contre le dénigrement au sein de l'établissement;
- 4- Définition claire des rôles et responsabilités des médecins avec un accompagnement externe;
- 5- Création d'un système de recrutement proactif.

MSSS

- 1- Type d'accompagnement à définir : 1) médical et 2) administratif. Nommer deux accompagnateurs et délivrer un mandat leur donnant la capacité d'agir;
- 2- Reconnaissance de besoins spécifiques. Devant la détresse palpable et les attentes de correctifs, un soutien aux professionnels apparaît souhaitable;
- 3- Corridors de services fonctionnels et officiels;
- 4- Formation de relève adaptée à leur réalité d'insulaire en partenariat avec les universités, le RUIS et le CMQ.

CMQ

- 1- Poursuite de l'évaluation du fonctionnement des travaux du CMDP;
- 2- Poursuite de l'évaluation de la qualité de l'acte médical;
- 3- Collaboration à la formation requise des médecins en place selon les besoins.

FMSQ en étroite collaboration avec le milieu CISSS (DSP et PDG en leadership)

- 1- Campagne de recrutement active pour des médecins permanents;
- 2- Rétention et fidélisation des médecins avec le soutien de la direction;
- 3- Plan de contingence permanent et proactif des effectifs médicaux remplaçants;
- 4- Modalités de parrainage de l'équipe en place à déployer : projet de l'AAQ à appliquer.

FMOQ

- 1- En collaboration avec le MSSS, adapter le cadre GMF à la réalité du milieu.

Note 1 : Un sommaire de ce rapport a été communiqué aux dirigeants médicaux et administratifs du CIUSSS le 9 juin 2017.

Note 2 : Des commentaires particuliers ont été discutés privément avec la PDG et le DSP notamment sur l'attitude au recrutement de certains médecins. Les partenaires de l'audit étaient présents.

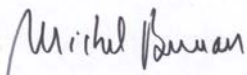
CONCLUSION

L'audit sur place s'est déroulé sans faille. Nous avons recueilli les informations pertinentes et nous poursuivons notre analyse. Les recommandations spécifiques en découleront, notamment sur l'accès sans bris de services. Cependant, les témoignages reçus ne peuvent faire, à eux seuls, la démonstration que ces tensions médicales auraient compromis la qualité de l'exercice médical.

Nous pouvons déjà rassurer la population de l'engagement des médecins à offrir des services de qualité et à collaborer à la poursuite de l'évaluation des pratiques médicales aux Îles-de-la-Madeleine.

Cependant, l'audit centré sur la gouvernance médicale révèle un désordre, une méfiance et un climat très malsain de l'organisation médicale. Un milieu toxique, disent plusieurs. L'audit, qui n'a pas porté spécifiquement sur la gouvernance administrative, nous a permis de constater la perception de graves problèmes de la haute direction.

Le comité fait ses recommandations dont la principale est un accompagnement serré sur deux plans, soit un accompagnement médical et accompagnement ou tutelle administratifs.



Dr Michel A. Bureau (MSSS)



Dr Antoine Groulx (MSSS)



Dr Jacques Ricard (MSSS)



Dre Diane Francoeur (FMSQ)



Dre Michèle Drouin (FMSQ)



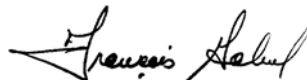
Dr Louis Godin (FMOQ)



Dr Michel Desrosiers (FMOQ)



Dr Mario Viens (ACQ)



Dr François Gobeil (AAQ)



Dre Marie-France Pelland (CMQ)



Dre Carole Santerre (CMQ)



Dr Mario Dallaire (ASMIQ)

Québec, le 22 juin 2017

ANNEXE 1

MANDAT DE L'AUDIT (comité de direction du MSSS, le 7 juin 2017)

L'audit organisé par le MSSS répond d'abord à une demande de la présidente-directrice générale au MSSS (voir la demande d'Y. Fortier, lettre ci-jointe).

Le MSSS y a répondu favorablement après consultation du sous-ministre, M. Michel Fontaine, du sous-ministre adjoint, M. Pierre Lafleur, et même du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette lui-même (voir réponse du Dr Michel A. Bureau, lettre ci-jointe).

Le sous-ministre associé Michel A. Bureau est chargé de réaliser cette mission. Le répondant pour le CISSS est le DSP Dr Marcel Couture.

Les partenaires FMSQ, FMOQ et CMQ ont signifié l'intérêt d'être partie de cet audit.

Le thème dominant de l'audit est l'ACCÈS AUX SERVICES.

Contexte

Depuis des années, l'accès aux services médicaux généraux et spécialisés présente des problèmes, généralement à cause de la faible densité de population et de l'éloignement des grands centres de santé.

Cela amène des ruptures de services, chaque fois réglées en urgence par le recours à des médecins de dépannage, chacun avec ses particularités.

La continuité de services en souffre grandement et la population se plaint de services sous-optimaux.

La FMSQ, notamment, demande cette visite d'audit depuis longtemps, non pas qu'un tel audit soit son rôle, mais, pour apporter la contribution des médecins spécialistes, il faut convenir des problèmes à régler et des moyens et conditions pour y satisfaire.

Objectif

L'objectif est de cibler les problèmes, d'entendre les solutions proposées par le CISSS et de contribuer à dénouer les impasses.