



Mémoire
de
l'Association des Conseils multidisciplinaires du Québec

Projet de loi n° 10 :
Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des
services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

**Avis et recommandations afin d'assurer aux Conseils
multidisciplinaires (CM) des établissements les ressources
nécessaires à l'exécution de leurs mandats**

Déposé à la Commission de la santé et des services sociaux

Le 4 novembre 2014

Présentation de l'ACMQ

La mission de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) est de rassembler, représenter et soutenir dans leurs mandats les Conseils multidisciplinaires (CM) membres de l'association. À cet effet, elle fournit le soutien nécessaire aux CM membres des divers établissements de santé et de services sociaux du Québec afin que ces derniers puissent accomplir leurs fonctions et remplir les obligations qui leur sont dévolues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). De plus, elle assure une représentation auprès du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et de toute autre instance d'intérêt. Via ce soutien et cette représentation, l'ACMQ travaille à assurer la qualité des services professionnels, encourage le partage des connaissances et des expertises multidisciplinaires, crée les conditions favorables à la formation des comités de pairs *nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement* (LSSSS art. 227), constitue un lieu commun d'échanges stratégiques et incite à la reconnaissance, à la valorisation et au développement des membres des CM.

L'ACMQ a entre autre pour mandat de se positionner sur toute question, à caractère provincial, concernant la qualité, l'organisation et la distribution appropriée des soins et services dispensés à la population et au niveau de l'enseignement et de la recherche. Actuellement, l'ACMQ regroupe près de 45 000 membres répartis dans 110 établissements, ce qui lui permet de représenter une majorité de CM d'établissements de santé et de services sociaux du Québec auprès des instances décisionnelles et gouvernementales.

L'ACMQ croit fermement à l'importance du rôle des professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant dans les établissements du Québec pour offrir des services de qualité à la population.

Propositions d'ajouts ou d'amendements pour assurer aux CM des établissements les ressources nécessaires à l'exécution de leurs mandats

Représentation du CM au conseil d'administration (CA) de l'établissement

Actuellement, un CM d'établissement de santé et de services sociaux peut représenter plus de 45 titres professionnels différents, répartis dans plusieurs points de services, parfois à des distances physiques considérables. Ces éléments posent déjà un défi de taille pour favoriser la participation de tous les membres rattachés à différentes missions et surtout pour assurer une communication efficiente entre ceux-ci afin que leurs avis et recommandations quant à la qualité des soins et des services à la qualité de leur pratique professionnelle soit pris en compte au sein des instances décisionnelles. Cet enjeu touche plus particulièrement le CM, puisque les deux autres conseils professionnels institués par la LSSSS (le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le Conseil des infirmières et infirmiers (CII)) représentent tout au plus 3 professions différentes, ce qui facilite la concertation.

Il est difficile, voir impossible, dans les conditions actuelles du projet de loi, d'assurer que les membres des nouveaux CM régionaux représenteront équitablement tous les territoires du CISSS, tenant compte de leurs particularités locales. Ce sera également un défi de taille de représenter toutes les missions ainsi que tous les différents titres de professions auprès des instances décisionnelles que sont le CA et la direction générale et plus encore auprès du ministre, qui soulignons-le, constitue une instance décisionnelle d'une croissante importance, tel que décrit dans le projet de loi n°10.

De ce fait, l'ACMQ recommande d'amender le projet de loi n°10 afin de permettre au CM de compter sur un minimum de 2 représentants nommés au CA du CISSS : un représentant provenant de l'un ou l'autre des centres de santé, institut, centre de réadaptation ou autres installations du CISSS et un deuxième représentant provenant d'un hôpital de soins généraux et spécialisés.

Efficiencia dans l'accomplissement des mandats du CM

La création des CISSS aura nécessairement un impact négatif quant à l'efficiencia du travail d'un CM issu de la fusion d'établissements aux missions fort différentes et qui entraînera un important accroissement du nombre de professions représentées par un seul comité exécutif régional. La réalisation des mandats dévolus par la Loi aux CM nécessitera donc une allocation de ressources de

taille, autant en terme de temps, de moyens de communication efficaces, de budget et de ressources humaines. L'ACMQ souligne spécifiquement les obstacles majeurs, suite à la création des CISSS, qui se présenteront aux CM dans l'application de leurs mandats quant à la mise en place de comités de pairs et à la rédaction d'avis au directeur général et à la rédaction de recommandations au CA.

Idéalement, les ressources nécessaires à l'accomplissement des mandats du CM devraient être déterminées de façon adaptée en fonction du nombre de membres appartenant au CM, du nombre d'installations que le CM représente et la distance les séparent et du nombre de titres professionnels différents qui s'y retrouve.

L'ACMQ recommande qu'il soit assuré aux CM issus de la création des CISSS qu'ils aient à leur disposition les ressources nécessaires à l'accomplissement de leur mandat, en terme de moyens de communication entre les points de service, de budget alloué, du nombre de personnes élues au comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) permettant une représentation équitable des différents établissements du CISSS et des différentes missions et finalement en terme de temps de libération accordé aux membres du CM pour accomplir leurs mandats de façon satisfaisante. Il va sans dire que ces ressources devront être considérablement augmentées.

Collaboration avec la direction générale

En tant que membre du CM d'office, le directeur général d'un établissement peut siéger sur le CECM ou y déléguer une personne le remplaçant, en plus d'y désigner une deuxième personne relevant de la direction générale. Avec les responsabilités de la direction générale dans le contexte de la mise en place des CISSS, il serait surprenant qu'un PDG ait encore le temps et les moyens d'être présent aux réunions d'un CECM.

La présence du DG ou de son représentant est primordiale pour que le comité exécutif accomplisse son travail de façon efficiente, dont notamment celui de donner son avis à la direction générale. De plus, la présence du DG est nécessaire pour répondre aux questionnements des membres du comité exécutif quant à l'organisation et la distribution des soins et des services, la qualité de ceux-ci et la qualité de la pratique professionnelle. De ce fait, l'ACMQ réitère l'importance d'une présence de la direction générale au sein du CECM, car celle-ci est essentielle au respect des mandats du CM envers l'établissement, tel qu'inscrit dans la LSSSS.

L'ACMQ recommande d'insérer dans la Loi une obligation à la direction générale des CISSS à siéger au sein du CECM ou à déléguer un remplaçant, de même que l'obligation de déléguer une deuxième

personne, qui fait partie des cadres supérieurs ou adjoints au directeur général ou directeurs adjoints à la direction générale de l'organisation, qui a un pouvoir décisionnel et qui relève directement de la direction générale.

Direction des services multidisciplinaires

Certains établissements ont développé l'axe de la multidisciplinarité (ou de la collaboration professionnelle – ou interdisciplinarité) en créant la direction des services multidisciplinaires (DSM). Cette fonction est plus que pertinente dans un contexte d'approche par programme-clientèle, d'optimisation des services et d'importance donnée à la qualité de la pratique. La DSM assure une cohérence significative au niveau de l'organisation clinique des soins et services offerts par les membres du CM aux patients et favorise le rapprochement entre les professionnels de la santé et des services sociaux répartis sous plusieurs titres d'emploi. Les établissements qui ont mis en place une telle direction ont vu non seulement une reconnaissance accrue des professionnels du CM, mais également une augmentation de la qualité des services rendus par ces professionnels. Effectivement, la DSM a traditionnellement pour mandat de développer, promouvoir et réviser les meilleures pratiques clinique en contexte d'interdisciplinarité. Elle s'assure également d'appliquer et de faire respecter les normes professionnelles en vigueur, elle voit à la formation et au développement des professionnels, au contrôle et à l'amélioration continue de la qualité ainsi qu'à la performance clinique dans chacun des programmes.

Le contexte des nouveaux CISSS devrait permettre de favoriser l'apport d'une telle direction à la qualité des soins et des services ainsi qu'à la qualité de la pratique professionnelle. À l'instar des services médicaux et des soins infirmiers, les professionnels membres du CM sont suffisamment indispensables pour que leur soit accordée une direction dont le mandat est de leur apporter un support clinique et un encadrement professionnel.

L'ACMQ recommande que la Loi stipule que chaque CISSS doive mettre en place une direction des services multidisciplinaires et ce au même titre que la DSI et la DSP. De plus, les autres directions composées de membres du CM (par exemple, la direction des services composés de l'imagerie médicale, des laboratoires, des archives, la direction de la recherche) devraient obligatoirement mettre en application, dans leurs mandats, un volet quant à la qualité de la pratique professionnelle des membres du CM qui la composent et quant à la qualité des soins et des services donnés par ses membres tenant compte de leurs particularités.

Harmonisation du fonctionnement des CM

Actuellement, il existe des disparités entre les CM quant à leur fonctionnement à l'intérieur des établissements de santé et des services sociaux du Québec. Plusieurs CM indiquent qu'ils n'ont pas accès à un budget convenable pour assurer la réalisation de leurs mandats dévolus par la LSSSS et, plus spécifiquement, agir en fonction des besoins et intérêts des patients. En effet, des ressources considérables sont nécessaires pour élaborer des avis et faire des recommandations relatifs à la qualité des soins et des services et à la qualité de la pratique professionnelle et ce, pour un nombre très élevé de titres professionnels représentés par le CM. À cet effet, l'ACMQ développe actuellement un guide de pratique des CM visant à stimuler leur développement et harmoniser leur fonctionnement à travers le Québec. Ceci n'est qu'un bref exemple de ce que l'ACMQ fait concrètement pour bâtir des CM efficient partout au Québec. Avec la venue des CISSS, amenant la fusion de plusieurs établissements, il sera important de prévoir les balises claires quant au fonctionnement interne des CM et aux ressources humaines et financières permettant la réalisation des mandats cruciaux des CM de la province.

L'ACMQ recommande que la Loi stipule que chaque CM d'établissement puisse disposer des moyens nécessaires à la réalisation de ses mandats en tenant compte du nombre de personnes membres du CM. L'ACMQ fait également valoir qu'il serait plus que pertinent qu'elle soit mise à contribution dans le processus d'harmonisation du fonctionnement des CM dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, ce qui permettrait notamment d'économiser sur des dépenses attribuables au fonctionnement en silo.

Reconnaissance de l'ACMQ

L'ACMQ est l'organisme représentatif d'une majorité de CM au Québec. De la même façon, les CMDP et les CII sont tous deux représentés au niveau provincial par une association qui soutien leur développement. De ce fait, pour que l'ACMQ poursuive son travail de soutien, de développement et de représentation des CM, il est primordial que les nouveaux CM mis en place par le projet de loi n° 10 puissent continuer d'être membres de l'ACMQ et que leur adhésion en soit facilitée de par la Loi.

L'ACMQ recommande que chaque CM d'établissement de santé et de services sociaux puisse devenir membre de l'ACMQ après en avoir informé le CA de l'établissement et que dans ce cas, un budget soit attribué aux CM pour qu'ils puissent s'acquitter de leur cotisation (0.50\$/membre actuellement).

Dangers face aux regroupements et statut des centres hospitaliers universitaires (CHU)

Considérant le rôle déjà complexe des CM d'établissement de veiller à la qualité de la pratique professionnelle pour plus de 45 d'emploi différents, répartis dans plusieurs centres d'exploitation aux réalités locales bien différentes, et de donner son avis sur les enjeux liés aux services aux usagers, l'ACMQ émet des réticences face au regroupement de certains CHU dans les CISSS régionaux. En effet, les réalités et les enjeux sont déjà fort différents à l'intérieur des CISSS, le regroupement avec les CHUs entraînerait une diminution encore plus grande de la spécificité des CM et une difficulté supplémentaire à poser un regard juste et complet sur la qualité. Il pourrait y avoir un risque de rendre les CM dysfonctionnels de par l'étendue de leur mandat et pourrait avoir un impact négatif sur la qualité des services et de la pratique professionnelle. Par ailleurs, l'ACMQ craint des difficultés accrues à la collaboration interprofessionnelle et à la communication de même que la démotivation des membres travaillant dans un système déjà bien complexe qui se trouveront regroupés malgré leurs réalités bien éloignées.

Dans un souci de respect de la mission universitaire de certains établissements de même que pour le respect de la spécificité des CM dans leur mandat d'assurer la qualité des services aux usagers et de la pratique professionnelle, l'ACMQ recommande d'abord de respecter le corridor déjà établi des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), reconnaissant le statut universitaire et le statut suprarégional du CHU de Québec ainsi que du CHU de Sherbrooke, au même titre que les CHU de la région de Montréal. L'ACMQ recommande également la prudence et qu'une réflexion plus profonde soit faite sur les regroupements actuellement présentés dans le projet de loi 10.

Commission multidisciplinaire régionale

L'ACMQ exprime son accord au maintien de la commission multidisciplinaire régionale (CMUR), responsable de donner son avis sur l'organisation des services, la planification de la main d'œuvre, l'accessibilité aux services et les approches novatrices de services – d'un point de vue des membres d'un CM. Toutefois, l'ACMQ est d'avis que la CMUR devrait dès lors formuler ses avis et recommandations directement au ministre et non pas au CISSS. En effet, nous sommes d'avis qu'une telle mesure permettrait aux membres du CM d'exercer leur leadership innovateur au niveau central de notre réseau, soit auprès du ministère de la santé et des services sociaux. Ce rôle permettrait de maintenir un statut plus indépendant du CISSS et permettrait de dissocier davantage le rôle d'un CM issu de la création des CISSS du rôle de la CMUR.

Conclusion

En somme, pour que les professionnels de la santé et des services sociaux puissent faire valoir leurs avis et leurs recommandations quant à la qualité, l'organisation et la distribution appropriée des soins et services dispensés à la population, à l'enseignement et à la recherche, il est primordial d'assurer que chacun des CM des établissements du Québec puisse accomplir pleinement son mandat de façon efficiente. Soucieux de l'amélioration continue des services professionnels, l'ACMQ, comme organisme sans but lucratif, souhaite travailler en collaboration avec les acteurs pertinents afin de mettre en place les conditions favorables au développement des CM. Comme l'ACMQ effectue déjà ce travail de soutien, de développement et de représentation, nous tenons à devenir un acteur reconnu et incontournable dans ce processus. Les recommandations de modifications au projet de loi n° 10 et touchant ses modalités d'application, visant à susciter les conditions favorables au développement des CM, sont :

- La nomination de 2 représentants du CM au CA de l'établissement, ce qui, croyons-nous, reflète à juste titre la grande étendue des professions faisant partie d'un CM;
- Assurer aux CM des ressources humaines, financières, informationnelles et matérielles adéquates pour accomplir leurs mandats qui deviennent, avec la création des CISSS, à caractère régional;
- Assurer une représentativité de la direction générale au CM via une participation active du directeur général ou de son délégué aux travaux du comité exécutif du CM. L'ACMQ recommande qu'une 2^e personne ayant un pouvoir décisionnel et qui relève directement de la direction générale soit présente pour faciliter le processus de décision lorsque requis;
- Instaurer une direction des services multidisciplinaires (DSM) dans chaque CISSS;
- Harmoniser le fonctionnement des CM dans les CISSS et dans les établissements suprarégionaux du Québec. Pour ce faire, l'ACMQ offre son entière collaboration au Ministre.
- S'assurer que chaque CM puisse être membre de l'ACMQ;
- Reconnaître le statut universitaire et le statut suprarégional du CHU de Québec ainsi que du CHU de Sherbrooke, au même titre que les CHUs de la région de Montréal et miser sur la prudence et sur une réflexion plus complète quant aux impacts négatifs que pourraient amener ces fusions massives.

- Dissocier le rôle de la CMUR du rôle du CM issu de la création des CISSS en modifiant leur mandat afin que ceux-ci formulent leur avis directement au ministre.

L'ACMQ s'engage à collaborer dès maintenant avec le gouvernement pour assurer aux CM, nouvellement formés par la mise en place des CISSS, une structure de travail efficiente et fonctionnelle, ce qui constitue un défi de taille compte tenu des obstacles majeurs qui découlent du projet de loi n° 10. Nous souhaitons donc que le ministre de la santé et des services sociaux fasse appel à l'expertise indéniable de nos membres, professionnels et techniciens du réseau, pour favoriser la réussite de la réorganisation engendrée par ce projet de loi.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à la présente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Isabelle Goffart', with a long horizontal flourish extending to the right.

Isabelle Goffart
Présidente de l'ACMQ

Annexe 1

Extrait intégral de la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les mandats et la composition d'un conseil multidisciplinaire

§ 9. — Le conseil multidisciplinaire

226. Un conseil multidisciplinaire est institué pour chaque établissement public qui exploite un ou plusieurs centres où travaillent au moins cinq personnes qui ont les qualités nécessaires pour faire partie de ce conseil.

Ce conseil est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire et qui exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement ainsi que des personnes qui exercent pour l'établissement des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires.

Toutefois, un médecin, un dentiste, un pharmacien ou une sage-femme ne fait pas partie du conseil multidisciplinaire.

De même, une infirmière, un infirmier ou une personne qui exerce des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires ne fait pas partie du conseil multidisciplinaire lorsqu'un conseil des infirmières et infirmiers est institué pour l'établissement.

Le conseil d'administration formé en application de l'article 125 ou 128 doit toutefois prévoir qu'un seul conseil multidisciplinaire est institué pour l'ensemble des établissements qu'il administre. Ce conseil est composé de l'ensemble des personnes visées au présent article qui exercent leurs fonctions dans tout centre exploité par chacun des établissements.

1991, c. 42, a. 226; 1996, c. 36, a. 27; 1998, c. 39, a. 75; 1999, c. 24, a. 33; 2001, c. 24, a. 42; 2005, c. 32, a. 112.

227. Sous réserve de ce qui est prévu aux articles 214 et 220, le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration:

1° de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;

2° de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement;

3° d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le conseil multidisciplinaire doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

1991, c. 42, a. 227.

228. Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes:

- 1° l'organisation scientifique et technique du centre;
- 2° les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
- 3° toute autre question que le directeur général porte à son attention.

1991, c. 42, a. 228.

229. Le conseil multidisciplinaire peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

1991, c. 42, a. 229.

230. Les responsabilités du conseil multidisciplinaire sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins trois personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels différents, élues par et parmi les membres du conseil, du directeur général et de la personne qu'il désigne à cette fin.

1991, c. 42, a. 230; 1994, c. 40, a. 457.

Annexe 2

Extrait intégral de la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les mandats et la composition d'une Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)

370.5. Il est institué, pour chaque région du Québec où le gouvernement institue une agence, une commission multidisciplinaire régionale.

Cette commission est composée:

1° de trois professionnels du domaine social dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région;

2° de trois professionnels du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, autres que la médecine et les soins infirmiers, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région;

3° de trois personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région;

4° une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel;

5° une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé;

6° une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux.

Le président-directeur général de l'agence ou la personne qu'il désigne à cette fin fait également partie de la commission multidisciplinaire régionale.

Sur recommandation de la commission multidisciplinaire régionale, l'agence peut désigner au plus quatre personnes ressources à titre d'observateurs. Ces personnes participent aux délibérations de la commission, sans toutefois y avoir droit de vote.

Le président de la commission multidisciplinaire régionale est désigné par et parmi les membres visés au deuxième alinéa.

2001, c. 24, a. 57; 2005, c. 32, a. 227.

370.6. Les modalités de désignation des membres de la commission multidisciplinaire régionale et de son président, la durée de leurs mandats et les règles de régie interne de la commission sont déterminées par règlement de l'agence.

2001, c. 24, a. 57; 2005, c. 32, a. 227.

370.7. La commission multidisciplinaire régionale est responsable envers le conseil d'administration de l'agence:

1° de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'oeuvre;

2° de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;

3° de donner son avis sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;

4° d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration de l'agence et de lui faire rapport périodiquement.

2001, c. 24, a. 57; 2005, c. 32, a. 152.

370.8. La commission multidisciplinaire régionale peut constituer les comités nécessaires à la poursuite de ses fins.

2001, c. 24, a. 57.

Annexe 3

Liste des établissements dont le CM a fait parvenir un avis à l'ACMQ dans le cadre de la rédaction de ce mémoire :

- Centre Montérégien de réadaptation
- CHU de Québec
- CHUM
- CRDI de Québec
- CRDITED de Montréal
- CSSS de Charlevoix
- CSSS du Cœur de l'île
- CSSS de Gatineau
- CSSS de Kamouraska
- CSSS de la Montagne
- CSSS de Laval
- CSSS de Portneuf
- CSSS – Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke
- CSSS Richelieu Yamaska
- CSSS de Rouyn-Noranda
- CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
- CSSS du Sud de Lanaudière
- CSSS du Sud-Ouest de Verdun
- CSSS du Val-Saint-François
- Hôpital de réadaptation Villa Medica
- Hôpital Général Juif
- Hôpital Jeffery Hale Saint-Brigid's
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Hôpital Santa Cabrini

Autres associations ayant fait parvenir un avis à l'ACMQ dans le cadre de la rédaction de ce mémoire :

- CMuR de Laval
- Table des Directeurs des services multidisciplinaires de la région de Montréal