



Association des conseils
des médecins, dentistes
et pharmaciens du Québec

CSSS - 007M
C. P. PL 15
Loi système de santé
et services sociaux

LOI VISANT À RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PLUS EFFICACE

Projet de loi n° 15

Mémoire déposé par :

**L'Association des conseils des médecins, dentistes
et pharmaciens du Québec (ACMDPQ)**

Présenté à la

Commission de la Santé et des services sociaux

20 avril 2023



Association des conseils
des médecins, dentistes
et pharmaciens du Québec

Monsieur le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs les Parlementaires,

Madame,
Monsieur,

L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) vous remercie de lui permettre de vous présenter ses réflexions concernant ce projet de loi qui modifie certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux.

Nous sommes reconnaissants de l'opportunité que vous nous offrez d'échanger avec vous en ce qui a trait aux impacts qu'aura le projet de loi 15 sur les responsabilités des CMDP puisque l'ACMDPQ est l'unique porte-parole de ceux-ci au Québec. Notre apport aux réflexions qui entourent ce projet de loi est primordial puisque les CMDP ont pour noble mission la promotion et la protection de la qualité des soins offerts aux patients.

Docteur Martin Arata, M.D.
Président-directeur général

/lp

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	1
Introduction	3
Santé Québec	5
Absence des cliniciens	5
Recommandations.....	5
Décentralisation	5
Gouvernance clinique	7
Structure de décision	7
Recommandations.....	8
Conseil interdisciplinaire	10
Recommandations.....	11
Chefs de département	12
Recommandation	12
Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique	13
Recommandations.....	13
Processus disciplinaire	14
Recommandations.....	15
Accès aux médicaments	16
Recommandation	16
Autres enjeux	17
L'enseignement, la recherche et l'innovation - CHU/Instituts.....	17
Recommandation	17
CMDP – Conseil des Sages-Femmes	18
Recommandation	18
Les départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée	19
Recommandation	19
La pénurie de ressources, mobilisation des ressources, détresse des médecins, dentistes et pharmaciens.....	20
Conclusion	21
Résumé des recommandations	22
Remerciements	25

PRÉAMBULE

L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) est un organisme sans but lucratif voué à l'excellence et à la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. Au sein de chaque établissement le CMDP est l'organisation qui veille à la qualité des soins aux patients.

Le CMDP :

- ▀ Contrôle et apprécie la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques ;
- ▀ Évalue et maintient la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens ;
- ▀ Fait des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un membre lors d'une nomination ou de renouvellement ainsi que sur les privilèges et le statut à attribuer ;
- ▀ Donne son avis sur les mesures disciplinaires que le CA devrait imposer à un médecin, dentiste ou pharmacien ;
- ▀ Fait des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges ;
- ▀ Élabore les modalités d'un système de garde ;
- ▀ Fait des recommandations sur les règles de soins et les règles d'utilisation des médicaments dans l'établissement ;
- ▀ Donne son avis sur l'organisation technique et scientifique de l'établissement ;
- ▀ Donne son avis sur les règles d'utilisation des ressources ;
- ▀ Fait des recommandations sur la distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale de l'établissement¹ ;
- ▀ Donne son avis sur les moyens à mettre en place pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques soient en complémentarité avec ceux dispensés par un autre établissement et répondent aux besoins de la population à desservir compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir les services adéquats.

En cela, les CMDP sont des acteurs principaux de la gouvernance clinique des établissements.

¹ Articles 214 et 215 de la LSSSS

Depuis 75 ans, l'ACMDPQ est l'unique porte-parole des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens au Québec. Les assises de l'ACMDPQ reposent sur une tradition de promotion de la qualité de l'acte professionnel ainsi que sur la promotion d'une concertation des instances médicales et administratives au sein des établissements dans le cadre des dispositions légales en vigueur.

Pour ce mémoire, l'ACMDPQ représente 33 établissements du Québec ce qui représente plus de 17 000 membres (médecins, dentistes et pharmaciens).

L'ACMDPQ a pour mission de fournir aux CMDP et à leurs membres le soutien à la réalisation des responsabilités et obligations qui leur sont dévolues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, par des activités de formation, des tournées et des rencontres régionales qui favorisent les échanges, des activités de consultations administratives et juridiques et par la diffusion d'informations légales concernant les CMDP ou toute autre action jugée opportune.

L'ACMDPQ est un lieu où expertise et partage vont de pair afin de faciliter des processus essentiels pour les établissements : élections des officiers des exécutifs de CMDP, octroi et renouvellement de privilèges aux praticiens, fonctionnement des comités du CMDP, tels que le comité d'examen des titres, le comité d'évaluation de l'acte professionnel, le comité de pharmacologie et les comités de discipline.

L'ACMDPQ est dirigée par un conseil d'administration composé de professionnels qui sont membres d'un CMDP. Les administrateurs proviennent de diverses régions administratives du Québec.

INTRODUCTION

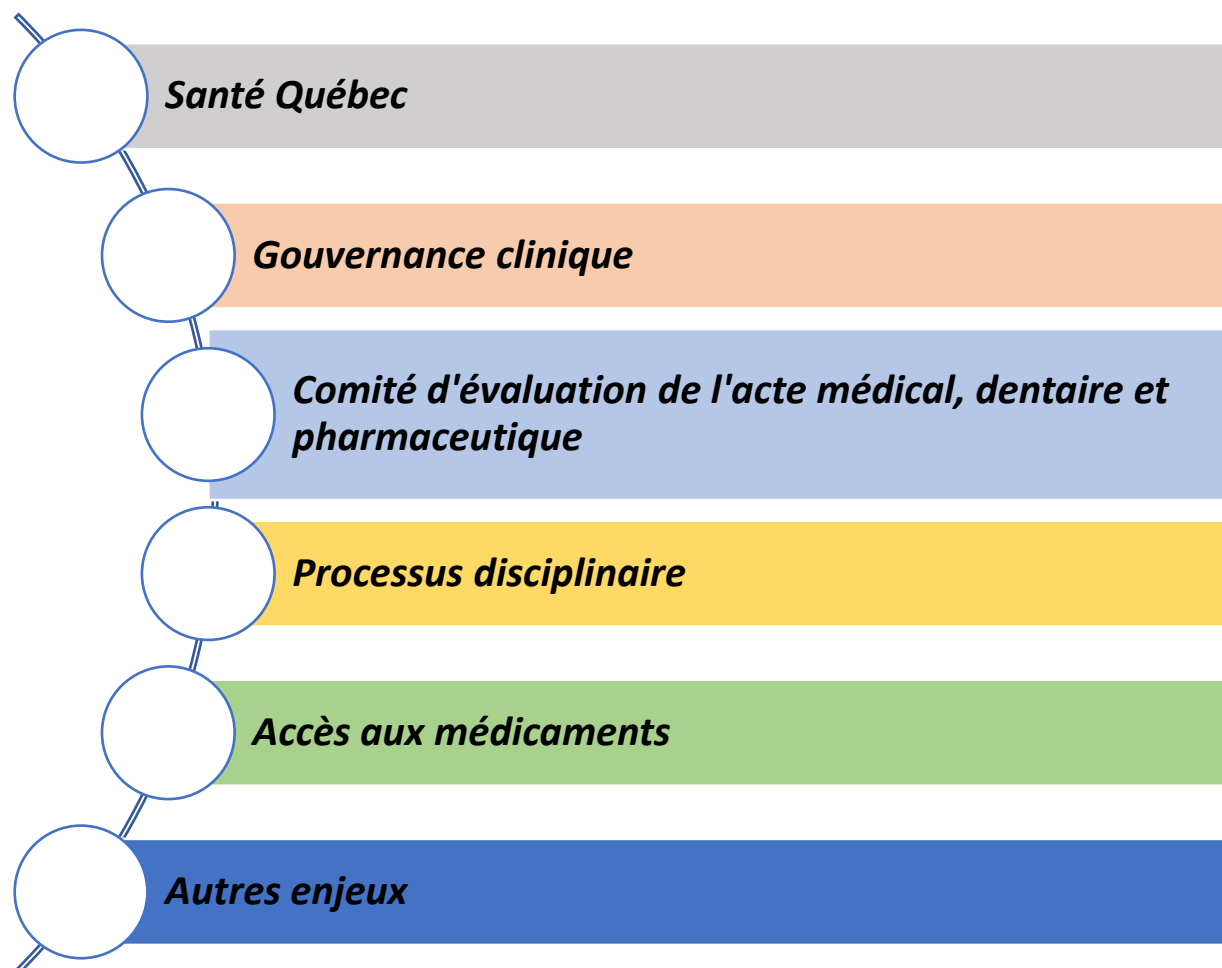
L'ACMDPQ souscrit aux objectifs du ministre de la Santé et des Services sociaux qui visent l'amélioration de la performance du réseau et la décentralisation de ce dernier.

Les difficultés qui affectent le réseau de la santé et des services sociaux sont persistantes. Le choc de la pandémie a envenimé certaines situations problématiques comme les enjeux de main-d'œuvre et les listes d'attente en chirurgie. Le mécontentement de la population est compréhensible, de même que la frustration du personnel soignant qui manque de ressources. La nécessité de procéder à des changements d'importance est incontestable, d'autant que l'évolution démographique accroîtra la pression sur le réseau dans les années à venir.

L'Association des CMDP a accueilli favorablement les principes énoncés par le ministre avant la présentation du projet de loi 15, soit la **décentralisation**, la **dépolitisation**, la **gestion de proximité** et l'**interdisciplinarité**. Cependant, à la lecture du projet de loi, nous sommes perplexes sur les intentions réelles du ministre.

La concentration des fonctions de gestion ne s'inscrit pas dans la philosophie des CMDP qui favorise le mode de collaboration, de concertation et de consensus.

L'Association des CMDP a regroupé ses recommandations selon six axes :



ABSENCE DES CLINICIENS

La création d'une entité indépendante du ministère de la Santé et des Services sociaux se révèle une idée fort intéressante. Toutefois, cette dernière se doit d'être politiquement indépendante du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Considérant qu'il est ici question de la gestion d'un système de santé et que les cliniciens sont à la base même de l'offre de soins, il s'avérerait primordial que l'on retrouve au sein du conseil d'administration un nombre significatif de cliniciens notamment des médecins.

Nous sommes aussi inquiets, car en aucun moment dans le projet de loi, il est proposé un allègement de la lourdeur administrative qui submerge le travail des cliniciens. Aucune proposition de diminution au niveau des formulaires et aucun soutien clérical ne semble faire partie des solutions. D'ailleurs, une étude canadienne démontre que les médecins consacrent 10,6 heures par semaine à des tâches non cliniques et cléricales de sorte que moins d'heures sont consacrées aux soins.

Le ministre parlait tout récemment de changement de culture au lieu de structure ce qui malheureusement n'est pas décelé dans ce projet de loi.

RECOMMANDATIONS

- S'assurer de l'indépendance de Santé Québec à l'égard du MSSS ;
- S'assurer d'une plus grande représentation médicale et pharmaceutique au conseil d'administration de Santé Québec ;
- S'assurer de la présence d'un membre de l'ACMDPQ au conseil d'administration de Santé Québec ;
- S'assurer d'une représentation médicale et pharmaceutique au Programme national de la qualité des services.

Les membres du CMDP ne souhaitent pas vivre un conflit entre leurs obligations déontologiques envers leurs patients et les obligations du système.

DÉCENTRALISATION

L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens avait déjà recommandé à ses membres de se décentraliser et de créer des instances locales de CMDP dans le but de se rapprocher de la population et des besoins terrain. L'objectif est de favoriser une plus grande adaptabilité, flexibilité et rétroaction de sorte que des solutions adaptées au milieu de même qu'à la culture locale soient rapidement mises en place.

La création de Santé Québec nous apparaît centralisatrice et nous préoccupe puisque ce modèle semble reproduire une tendance déjà vécue lors de la pandémie à savoir des pratiques uniformes pour l'ensemble des milieux, un style « *one size fits all* » qui malheureusement ne tient pas compte des réalités locales. Il n'est pas souhaitable que l'application de ce projet de loi fasse en sorte que la gestion « du sommet vers la base » s'accroisse. Cette façon de faire ne rapporte que peu de bénéfices et est souvent démobilisatrice. Les modèles professionnels de gestion sont habituellement « de la base vers le sommet » considérant que ces derniers sont les experts dans l'offre de soins aux patients.

L'ACMDPQ a toujours eu foi en la gestion combinée de proximité régionale. Chaque milieu possède sa propre réalité et organisation en fonction des ressources disponibles. Pour les CMDP il est inconcevable que la gestion des soins de santé soit centralisée. Elle se doit d'être adaptée aux patients et à son environnement. À cet égard, nous croyons que le directeur de proximité accompagné de l'instance locale du CMDP pourrait assumer la gestion médico-administrative du sous-territoire. Le directeur médical associé pourrait s'y intégrer.

Le projet de loi semble s'inscrire dans un tout autre sens et comme étant la continuité de la réforme Barrette, c'est-à-dire, une approche centralisatrice, uniformisée, sans possibilité d'adaptation et de réaction à court terme pour le mieux-être de la population desservie.

L'ACMDPQ tend la main et offre sa collaboration pour que les instances locales de CMDP puissent poursuivre (ou être mises en place aux endroits où elles n'existent pas) leur rôle de gestionnaires de proximité dans le but d'améliorer l'accès, la qualité et la sécurité des soins pour les patients du Québec, et ce, dans toutes les régions.

GOUVERNANCE CLINIQUE

STRUCTURE DE DÉCISION

À la lecture du projet de loi, le CMDP n'est responsable que de l'évaluation de la qualité de l'acte, et ce, à postériori. Nous notons que le CMDP, contrairement aux autres conseils professionnels, n'aura pas la possibilité d'émettre des recommandations concernant la distribution appropriée des services. Cela nous apparaît contraire au meilleur intérêt du patient. Nous croyons que l'organisation des services est partie intégrante de la qualité des soins. Écarter les CMDP de ces discussions revient à affaiblir la place de l'expertise clinique dans la prise de décision. C'est l'un des principaux défauts du projet de loi 15.

Dans l'organisation actuelle, le CMDP se rapporte au président-directeur général (PDG) de l'établissement et au conseil d'administration (CA). Le sommet est connecté à l'expertise clinique. Dans l'organisation proposée, le CMDP se rapportera au directeur médical (DM) qui se rapportera au président-directeur général (PDG) de l'établissement qui se rapportera lui-même au PDG de Santé Québec qui n'est entouré d'aucun médecin.

C'est un modèle d'organisation qui éloigne la décision du patient et qui éloigne l'expertise clinique de la décision. En d'autres mots, la mission fondamentale de soigner est subordonnée à l'administration.

De même, en reléguant le CMDP à un rôle peu contributif dans l'organisation, on pourrait assister à une démobilisation médicale, le CMDP étant un moteur d'implication pour les médecins, dentistes et pharmaciens.

Le sentiment de n'être que des exécutants, de ne plus être en mesure de moduler l'offre de soins afin qu'elle soit la meilleure et la plus pertinente pour les patients, risque fort de conduire vers le désintéressement et la démotivation. Les personnes qui s'investissent le font dans l'intérêt du patient et le constat est que ce dernier vient de perdre un allié quant à l'offre de soins.

De même, le DM et le PDG peuvent unilatéralement déterminer les obligations se rattachant à l'octroi d'un statut et de privilèges à un médecin, un dentiste ainsi qu'un statut à un pharmacien. À cet égard, il est impératif que le CMDP puisse contribuer de manière directe à la recommandation et à l'évaluation de ces obligations, car sa neutralité permettra certainement une plus grande équité.

Aussi, afin de s'assurer de soins de qualité et d'une organisation complémentaire, il nous apparaît primordial de pouvoir choisir les joueurs qui vont se joindre à l'équipe clinique.

À cet égard, le CMDP n'est plus consulté pour la nomination et le renouvellement des privilèges. Ce pouvoir est dévolu entièrement au DM constituant un risque de partialité qui nous permet de douter de l'indépendance du processus.

Il nous apparaît fondamental que le chef de département ainsi que le CMDP demeurent des acteurs faisant partie du processus de nominations et de renouvellement afin de s'assurer d'une offre de soins adaptée à la réalité terrain (besoins cliniques, professionnels compétents) pour une région donnée.

Le chef de département est un acteur important dans l'organisation des soins et des services. Son rôle est partagé entre deux autorités soit celle du DM et du CMDP. Toutefois, certaines tâches relevant du DM nous apparaissent moins appropriées notamment celles en lien avec l'évaluation de la pratique, la nomination et le renouvellement des membres. Il devient complexe de différencier la surveillance de l'exercice de celle de l'évaluation et du maintien des compétences. Nous estimons qu'il pourrait exister un conflit de rôle entre le DM et le CMDP.

Aussi, nous nous interrogeons quant au fait qu'en l'absence d'un chef de département, les fonctions prévues sous l'autorité du CMDP soient exercées par le DM. Ceci laisse présager que le législateur pourrait permettre une substitution des rôles et responsabilités du CMDP par le DM.

Ces changements législatifs impliquent un éloignement des professions médicales, dentaires et pharmaceutiques des décisions prises concernant la qualité et la pertinence des soins dans l'établissement alors qu'ils sont les premiers imputables de ceux-ci. Dans le contexte légal proposé, il sera très difficile pour les médecins, dentistes et pharmaciens d'exercer le rôle de fiduciaire du patient qu'il leur revient de jouer déontologiquement.

Enfin, puisque le plan d'organisation de l'établissement détermine une partie de l'organisation du centre, le CMDP devrait être maintenu dans les instances de consultation avant l'adoption par le PDG. Il n'y a personne de mieux placé que les cliniciens pour déterminer une organisation optimale de travail départementale et de service.

La transformation qui sera engendrée par l'application de ce projet loi fera en sorte que le réseau sera une fois de plus en adaptation, et ce, pour quelques années ce qui ne contribuera certes pas à l'amélioration de sa productivité et indirectement à son accès.

RECOMMANDATIONS :

- Permettre au CMDP d'émettre des recommandations en ce qui a trait à l'organisation et à la distribution de soins à l'intérieur de son établissement ;

- Permettre au CMDP et aux chefs de département de continuer à faire partie intégrante du processus de nominations et de renouvellement ;
- Permettre au CMDP de faire ses recommandations au PDG; que ce dernier devrait siéger à l'exécutif du CMDP dans le but de s'assurer de bien saisir les enjeux et la réalité des cliniciens ;
- Faire en sorte qu'en l'absence du chef de département, les fonctions dévolues sous l'autorité du CMDP soient attribuées au président du CMDP.

CONSEIL INTERDISCIPLINAIRE

Nous demeurons incertains quant à la valeur ajoutée de la création de cette entité. Cette instance ajoute un palier supplémentaire de gestion voire deux qui, par sa diversité, rendra certainement difficiles la cohésion et le consensus.

Le modèle proposé n'offre aucune garantie qu'un membre du CMDP pourra siéger au comité exécutif de cette instance considérant que les modalités réglementaires qui régissent l'ensemble sont à la discrétion du président-directeur général.

Nous croyons que chaque conseil (CII, CM, CMDP, CSF²) prévu à la Loi devrait pouvoir poursuivre ses activités de façon indépendante et permettre que le président-directeur général puisse y siéger. Il serait aussi à propos que quelques fois par année, les présidents et vice-présidents de chaque comité de même que les directeurs concernés puissent se rencontrer afin de dégager les grands enjeux transversaux de qualité et d'organisation de services pour l'ensemble des professionnels qui œuvrent dans l'établissement. Ce comité pourrait s'actualiser à un niveau stratégique, ce qui de notre avis, nous apparaît plus productif et constructif. L'objectif d'interdisciplinarité que semble poursuivre le ministre en serait ainsi favorisé. D'ailleurs, l'ACMDPQ avait déjà fait cette recommandation il y a quelques années à l'ensemble de ses membres.

Le conseil interdisciplinaire, dans la forme actuelle, nous semble un comité davantage opérationnel et qui malheureusement, par sa constitution, serait peu opérationnel et ne pourrait le faire avec un réel discernement.

L'interdisciplinarité ne consiste pas uniquement en la présence de professionnels au sein d'une équipe, mais la présence de professionnels pertinents à la prise en charge d'un patient. Cependant à notre avis, l'approche préconisée par ce projet de loi s'éloigne de l'interdisciplinarité que l'on rencontre sur le terrain.

Notre crainte est que tous les professionnels qui œuvrent pour et auprès du patient soient dilués dans cette mégastructure que sera le comité interdisciplinaire proposé. Nous réitérons le souhait que les conseils professionnels puissent surveiller l'activité clinique de leurs membres et partager des enjeux transversaux de qualité et d'organisation en cours d'année à l'intérieur d'une structure plus adaptée comme nous vous proposons.

² CII : conseil des infirmières et infirmiers
CM : conseil multidisciplinaire
CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSF : conseil des sages-femmes

RECOMMANDATIONS

- Revoir les rôles et responsabilités du comité interdisciplinaire ainsi que sa constitution ;
- Créer un comité interdisciplinaire stratégique (rencontre deux fois par année) réunissant des représentants de chaque conseil, le PDG et les directeurs concernés (directeur des soins infirmiers, directeur des services multidisciplinaires, directeur médical) et que dans un souci de vigie qualité, ils déposent annuellement un rapport à Santé Québec ;
- Permettre aux conseils professionnels de se rencontrer quelques fois durant l'année afin de dégager des objectifs communs et ainsi coordonner les grandes orientations cliniques.

L'implication des médecins se fait en surplus des heures de clinique dédiées aux patients et le plus souvent bénévolement.

CHEFS DE DÉPARTEMENT

L'article 179 du projet de loi 15 stipule que le PDG, après consultation du CMDP-SF, du DM et des professionnels faisant partie d'un département clinique, nomme parmi ces professionnels le chef de ce département. Cette formulation pourrait faire en sorte qu'une personne, non membre du CMDP-SF puisse occuper ce poste. Ceci nous semble incohérent.

RECOMMANDATION

- Inclure au libellé de l'article 179 que le chef de département soit explicitement un médecin, un dentiste ou un pharmacien, membre actif du CMDP, et ce, afin d'éviter toute ambiguïté.

COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (article 170)

Selon le projet de loi, un comité d'évaluation de l'acte ou un comité de discipline devra être formé de trois membres. À cet égard, nous nous questionnons quant à la compréhension du rôle du comité d'évaluation de l'acte tel qu'il apparaît au projet de loi.

Actuellement, le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique est constitué de plusieurs membres de CMDP de compétences différentes. Cette constitution permet de mettre à profit l'expertise de chacun afin d'analyser des dossiers et des situations cliniques permettant l'amélioration de la pratique professionnelle. Considérant l'ampleur des structures actuelles et le volume d'actes professionnels à étudier, il est primordial que les membres de ce comité soient en nombre suffisant pour s'acquitter de leurs fonctions en temps opportun.

Ce comité n'a aucun mandat disciplinaire.

RECOMMANDATIONS

- Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique devrait être composé d'au moins quatre (4) membres du CMDP ;
- L'article 170 ne devrait concerner que le comité de discipline. Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique devrait faire l'objet d'un nouvel article étant donné que leur mandat diffère ;
- Favoriser une structure d'évaluation de l'acte décentralisée dans un processus d'amélioration continue.

Les médecins, dentistes et pharmaciens qui s'impliquent au CMDP sont des leaders, des visionnaires, des gens qui, à leur façon, permettent de grandes réalisations dans leur environnement soit par la promotion d'une pratique exemplaire, le développement de nouvelles technologies et de nouvelles approches, par l'utilisation d'une meilleure approche thérapeutique pour le patient, la mobilisation des troupes, et ce, afin d'améliorer l'accès et d'assurer la continuité des soins le tout dans le contexte actuel.

PROCESSUS DISCIPLINAIRE

Le projet de loi 15 modifie de façon significative le processus de traitement d'une plainte concernant un membre de CMDP. Pour nous et comme pour les autres professionnels, la discipline demeure une mesure d'exception et n'a que peu d'effets sur l'amélioration de la qualité des soins et des services. Il nous apparaît important que ce processus soit juste et indépendant.

Nous tenons à rappeler que le traitement d'une plainte à l'égard d'un membre du CMDP a été révisé et a fait l'objet de discussion et de réflexion afin de rendre ce processus rigoureux. Nous ne croyons pas pertinent d'accorder de nouveaux pouvoirs de sanctions discrétionnaires à des individus. Pour l'ACMDPQ, l'évaluation par des pairs de situations de pratique et de comportements inappropriés nous apparaît la meilleure solution comme l'a démontré cette façon de faire au cours des dernières années.

Nous sommes conscients que des délais peuvent être inhérents à la procédure et qu'à cet effet il pourrait y avoir des délais introduits dans la loi afin d'accélérer le tout.

Le processus disciplinaire est un processus confidentiel et permet la participation des « témoins ». Or, le projet de loi altère de façon importante la notion de confidentialité. En conséquence, il est recommandé que les plaintes ne soient pas transmises, de façon systématique, à tous les intervenants prévus au projet de loi. Nous évaluons que seul le PDG devrait recevoir les plaintes pour lesquelles une sanction est requise et qu'il soit l'unique personne en autorité pour déterminer une sanction après le comité de discipline constitué par le CMDP.

Il nous semble inusité que l'on puisse prévoir la sanction qui sera appliquée pour une plainte avant que celle-ci ne soit traitée ! Le projet de loi permet au chef de département de prendre en charge une plainte et d'émettre une réprimande. Qu'arrivera-t-il dans le cas où l'on doive se rendre à un autre palier ? Va-t-il la transmettre à une autre instance ? Celle-ci pourra-t-elle émettre encore une réprimande ou si elle devra établir une sanction plus importante ? La procédure soulève plusieurs interrogations. Nous sommes d'avis que toute personne doit bénéficier de la présomption d'innocence et qu'un processus uniforme et indépendant du traitement des plaintes fera en sorte que l'équité qui est un principe de droit sera respectée.

Enfin, nous nous permettons de rappeler que le processus disciplinaire associé aux ordres professionnels se réfère habituellement à une structure similaire à celle qui existe actuellement dans le réseau soit des comités de discipline constitués de pairs.

Conséquemment et dans un souci de cohésion, nous sommes d'avis que ce mécanisme devrait s'appliquer également dans les établissements comme antérieurement.

Du point de vue juridique, nous sommes étonnés de constater qu'il peut y avoir plusieurs processus et possibilités de sanctions pour une même plainte. Cela nous semble contraire au principe d'équité procédurale.

Le projet de loi mentionne que l'identité du plaignant, le contenu de la plainte, le professionnel visé par la plainte sont des éléments qui seront portés à la connaissance de plusieurs personnes (chef de département, DM, PDG), donc cela représente pour nous un risque évident de violation de la confidentialité.

RECOMMANDATIONS

- Que le CMDP puisse continuer à traiter, via le processus du médecin examinateur et du comité de discipline, l'ensemble des plaintes déposées envers un médecin, un pharmacien et un dentiste et que ces recommandations soient dirigées au PDG pour qu'elles puissent être appliquées ;
- Que le PDG ne reçoive que les plaintes qui lui seront adressées pour un processus disciplinaire ;
- Que le même processus disciplinaire s'applique à tous les membres du CMDP dont les pharmaciens.

ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

Il est irréaliste et limitatif que l'accès aux médicaments le soit pour une indication reconnue par Santé Canada puisque de nombreux médicaments sont abondamment supportés par la littérature scientifique pour des indications non reconnues par Santé Canada. Santé Canada, une fois l'approbation initiale de mise en marché, ne procède pas à une mise à jour périodiquement des monographies. Le tout demeure à l'initiative du fabricant, et ce malgré l'évolution de la science concernant l'usage du médicament.

Une telle modification dans la loi entraînera nécessairement un recul important en limitant les options de traitement des patients québécois et engendrera des effets négatifs significatifs en termes d'interprétation, d'application, de justice procédurale, mais surtout en termes d'équité d'accès aux médicaments et d'option sécuritaire pour les patients.

L'INESSS n'a pas fait l'évaluation de toutes les molécules actuellement disponibles, particulièrement les anciennes molécules, pour lesquelles la pratique clinique a largement démontré des bénéfices supportés par la littérature scientifique.

La médecine axée sur le besoin individualisé des patients se révélera difficile avec un tel projet de loi. Il n'apparaît pas souhaitable que la pratique au Québec subisse un recul et que les spécialistes ne puissent pas avoir l'option de démontrer et de justifier le bien fondé d'avoir recours à un médicament particulier pour une condition médicale particulière.

L'autorisation en marché par Santé Canada et l'évaluation par l'INESSS correspondent à un accès général et populationnel. Les mécanismes particuliers sont requis afin que les caractéristiques particulières de certains patients soient prises en compte par les évaluations de ces instances. Faire fi de ces mécanismes qui étaient auparavant intégrés dans la loi par le législateur serait synonyme d'abandonner les patients qui ont des situations particulières.

Les responsabilités des instances telles que l'INESSS et Santé Canada sont de se positionner sur des données populationnelles. La responsabilité des cliniciens sur le terrain est de permettre l'individualisation des traitements et tenant compte des données scientifiques qui le supporte.

RECOMMANDATION

- Maintenir le processus actuel afin de permettre l'accès aux patients aux médicaments jugés appropriés et en temps opportun.

AUTRES ENJEUX

L'ENSEIGNEMENT, LA RECHERCHE ET L'INNOVATION - CHU/INSTITUTS

Le CMDP contribue à la promotion de l'enseignement et de la recherche et l'intègre à ses fonctions depuis plusieurs années.

Le projet de loi dans sa forme actuelle ne prévoit pas de mécanisme concernant la protection des milieux universitaires et des campus décentralisés dans la réalisation de leurs missions de soins cliniques, d'enseignement, de recherche incluant la pratique de chercheur boursier et d'innovation.

En effet, les milieux hospitaliers universitaires font une sélection précise de leurs candidats venant pratiquer dans leur établissement afin de s'assurer de répondre aux besoins cliniques complexes et rares. Ainsi, toute brèche dans le processus de recrutement et de nominations pourrait affaiblir leur vocation.

Les missions universitaires rejaillissent sur l'ensemble de notre population et leurs travaux font école dans plusieurs autres milieux. L'attrition de cette mission pourrait nuire au processus de formation des étudiants (externes-résidents-fellows) à l'acquisition de connaissances et au rayonnement académique de nos milieux aux niveaux provincial, national et international.

Les médecins, dentistes et pharmaciens sont au cœur de ces missions et sont ainsi les mieux placés pour connaître les besoins terrain et les défendre auprès des plus hautes instances. La trajectoire de nomination proposée actuellement dans ce projet de loi et le caractère discrétionnaire potentiel du DM et du PDG notamment pourraient amener des écarts quant à la sélection nécessaire et souhaitable des candidats pour les milieux universitaires considérant les particularités citées précédemment.

RECOMMANDATIONS

- Assurer un mécanisme de protection des milieux universitaires incluant l'ensemble de leurs missions de soins cliniques de haut niveau, d'enseignement, de recherche et d'innovation ;
- Maintenir le processus indépendant actuel de nomination via le comité des titres, sous la gouverne d'un CMDP autonome afin d'assurer la pérennité des centres universitaires.

CMDP – CONSEIL DES SAGES-FEMMES

L'ACMDPQ ne voit pas la pertinence et la plus-value de fusionner le CMDP et le conseil des sages-femmes. À notre avis, peu de bénéfices pour les patientes seront retirés de cette association et nous croyons que de laisser à chacune de ces instances son identité propre serait préférable.

RECOMMANDATION

- Disjoindre le conseil des sages-femmes du CMDP.

Les membres du CMDP qui s'impliquent dans la gestion des organisations désirent être écoutés et pouvoir améliorer les soins offerts aux patients. C'est leur leitmotiv, leur source de motivation, de mobilisation. Ils consacrent temps et énergie au mieux-être de la clientèle que dessert l'organisation.

LES DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE FAMILIALE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

La création de ces nouvelles structures nécessite que leurs membres détiennent un statut et des privilèges dans l'établissement. Si nous comprenons bien l'impact de cet article, ils seraient donc membres du CMDP de l'établissement et ce dernier serait responsable d'assurer la qualité de la pratique de ceux-ci. Cette tâche nous semble colossale et difficilement réalisable étant donné la répartition extraétablissement de ces médecins. Nous ne voyons donc aucun avantage sinon que des risques à intégrer et à accorder un statut à ces médecins.

RECOMMANDATION

- Ne pas octroyer de statut et de privilèges aux médecins pratiquant exclusivement à l'extérieur de l'établissement.

LA PÉNURIE DE RESSOURCES, MOBILISATION DES RESSOURCES, DÉTRESSE DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

La situation la plus préoccupante à ce jour demeure la pénurie de ressources humaines ou une utilisation non optimale de cette dernière. Nous croyons qu'il est important de réviser la priorisation de l'offre de service ainsi que de l'allocation des ressources humaines en fonction de ces priorités. Un bon nombre de ressources n'offre pas de soin aux patients, et ce, tant au niveau des établissements que des structures gouvernementales. Nous croyons qu'il serait pertinent de revoir l'allocation de ces ressources. Une fois de plus, l'ACMDPQ offre sa collaboration pour prendre part à cet exercice.

Au cours des dernières années, nous avons constaté une diminution de la motivation et de la mobilisation de nos membres de CMDP. Plusieurs d'entre eux nous ont fait part de la difficulté à faire progresser les approches de soins novatrices ou mieux adaptées aux patients en lien avec la lourdeur bureaucratique et l'éloignement des instances décisionnelles. Ces derniers ont le sentiment d'être peu considérés. La détresse psychologique est à un niveau culminant jamais observé depuis les dernières années.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) de même que le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) nous ont fait part de l'importance de soutenir nos collègues considérant que plusieurs d'entre eux se sentent limités au regard de la capacité d'offrir des soins accessibles à leurs patients. Cet état de fait engendre une énorme pression et peut entraîner une charge psychologique importante. C'est souvent au sein du CMDP que les professionnels vont trouver écoute et appui puisqu'ils s'identifient à cette entité.

Il est donc primordial que le CMDP puisse poursuivre son rôle de *leader* crédible et pertinent au sein des établissements favorisant ainsi le sentiment d'appartenance de ses membres.

CONCLUSION

L'ACMDPQ émet des réserves quant à la capacité de ce projet loi d'améliorer l'accès aux soins et aux services de qualité dans le réseau.

L'Association a déjà recommandé il y a plusieurs années aux CMDP de se décentraliser dans le but de se rapprocher du patient, de la population et des besoins de base. Les CMDP qui ont appliqué cette recommandation ont été à même de constater une amélioration liée à l'efficacité du processus décisionnel.

La capacité du CMDP à contribuer à la prise de décision clinique dans une organisation est incontournable. De pouvoir compter sur sa force et sa préoccupation pour les patients est un atout pour le Québec. Nous sommes la seule province où existent les CMDP et nous sommes convaincus qu'ils contribuent à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des services. En questionnant les patients au regard du système de santé, il est très rare que ceux-ci remettent en cause la qualité des services reçus.

Nous sommes convaincus qu'en influençant davantage l'organisation et la distribution des services, ces volets verront aussi un niveau de satisfaction aussi élevé que ceux que les patients accordent à la qualité

L'ACMDPQ se veut la fiduciaire des patients et croit en un système pertinent, sécuritaire offrant des soins de qualité et de proximité et c'est dans cette optique que nous vous présentons ce mémoire.

Nous demeurons disponibles et vous assurons de notre meilleure collaboration.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Santé Québec

- S'assurer de l'indépendance de Santé Québec à l'égard du MSSS ;
- S'assurer d'une plus grande représentation médicale et pharmaceutique au conseil d'administration de Santé Québec ;
- S'assurer de la présence d'un membre de l'ACMDPQ au conseil d'administration de Santé Québec ;
- S'assurer d'une représentation médicale et pharmaceutique au Programme national de la qualité des services.

Gouvernance clinique

- Permettre au CMDP d'émettre des recommandations en ce qui a trait à l'organisation et à la distribution de soins à l'intérieur de son établissement ;
- Permettre au CMDP et aux chefs de département de continuer à faire partie intégrante du processus de nominations et de renouvellement ;
- Permettre au CMDP de faire ses recommandations au PDG; que ce dernier devrait siéger à l'exécutif du CMDP dans le but de s'assurer de bien saisir les enjeux et la réalité des cliniciens ;
- Faire en sorte qu'en l'absence du chef de département, les fonctions dévolues sous l'autorité du CMDP soient attribuées au président du CMDP.

Conseil interdisciplinaire

- Revoir les rôles et responsabilités du comité interdisciplinaire ainsi que sa constitution ;
- Créer un comité interdisciplinaire stratégique (rencontre deux fois par année) réunissant des représentants de chaque conseil, le PDG et les directeurs concernés (directeur des soins infirmiers, directeur des services multidisciplinaires, directeur médical) et que dans un souci de vigie qualité, ils déposent annuellement un rapport à Santé Québec ;
- Permettre aux conseils professionnels de se rencontrer quelques fois durant l'année afin de dégager des objectifs communs et ainsi coordonner les grandes orientations cliniques.

Chefs de département

- Inclure au libellé de l'article 179 que le chef de département soit explicitement un médecin, un dentiste ou un pharmacien, membre actif du CMDP, et ce, afin d'éviter toute ambiguïté.

Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

- Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique devrait être composé d'au moins quatre (4) membres du CMDP ;
- L'article 170 ne devrait concerner que le comité de discipline. Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique devrait faire l'objet d'un nouvel article étant donné que leur mandat diffère ;
- Favoriser une structure d'évaluation de l'acte décentralisée dans un processus d'amélioration continue.

Processus disciplinaire

- Que le CMDP puisse continuer à traiter, via le processus du médecin examinateur et du comité de discipline, l'ensemble des plaintes déposées envers un médecin et un pharmacien et que ces recommandations soient dirigées au PDG pour qu'elles puissent être appliquées ;
- Que le PDG ne reçoive que les plaintes qui lui seront adressées pour un processus disciplinaire ;
- Que le même processus disciplinaire s'applique à tous les membres du CMDP dont les pharmaciens.

Accès aux médicaments

- Maintenir le processus actuel afin de permettre l'accès aux patients aux médicaments jugés appropriés et en temps opportun.

L'enseignement, la recherche et l'innovation - CHU/Instituts

- Assurer un mécanisme de protection des milieux universitaires incluant l'ensemble de leurs missions de soins cliniques de haut niveau, d'enseignement, de recherche et d'innovation ;
- Maintenir le processus indépendant actuel de nomination via le comité des titres, sous la gouverne d'un CMDP autonome afin d'assurer la pérennité des centres universitaires.

CMDP – Conseil des Sages-femmes

- Disjoindre le conseil des sages-femmes du CMDP

Les départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée

- Ne pas octroyer de statut et de privilèges aux médecins pratiquant exclusivement à l'extérieur de l'établissement.

REMERCIEMENTS

L'ACMDPQ tient à remercier les personnes suivantes pour leur collaboration et leur contribution à la rédaction de ce mémoire au regard du projet de loi n° 15 *visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*.

Les membres du conseil d'administration de l'ACMDPQ :

- Dr Martin Arata, PDG-ACMDPQ et médecin de famille CISSS Chaudière-Appalaches
- Dr Jean Beaubien, anesthésiologiste CHU Québec
- Dre Stéphanie Borduas pagé, psychiatre CIUSSS Est île de Montréal
- Dr Jérôme Champvillard, médecin de famille CISSS Outaouais
- Dr Martin De La Boissière, médecin de famille CIUSS Saguenay Lac-Saint-Jean
- Dre Nathalie East, gynécologue-obstétricienne CISSS Abitibi-Témiscamingue
- Dre Gabrielle Gagnon, hémato-oncologue CISSS Bas-St-Laurent
- Dre Valérie Gaudreault, cardiologue CHU Québec
- Dr Yvan Gauthier, psychiatre CIUSSS Capitale-Nationale
- Dre Annie Léger, médecin de famille CISSS Abitibi-Témiscamingue
- Mme Josée Martineau, pharmacienne CISSS Laval

Les présidents de CMDP des établissements qui appuient le mémoire :

- Dr Yan Ajmo, CIUSSS Est de l'île de Montréal
- Dr Martin Arata, CISSS Chaudière-Appalaches
- Dre Pascale Audet, CHUM
- Dr Jean Beaubien, CHU de Québec
- Dr Jocelyn Brunet, CISSS de la Montérégie Est
- Dre Stéphanie Bourgeois, CIUSSS Estrie CHUS
- M. Denis Brouillette, ICM
- Dre Tatiana Cabrera, CUSM
- M^{me} Jasmine Collette, CHSLD Providence Saint-Joseph et Notre-Dame-de-Lourdes
- Dre Hélène Daniel, CIUSSS de l'Ouest de l'île de Montréal
- Dr François Delisle, CISSS du Bas St-Laurent

- Dr Donald Eddé, CIUSSS Nord de l'île de Montréal
- D^r Youssef Ezahr, CISSS de la Côte-Nord
- Dr Olivier Farmer, CIUSSS Centre-Sud de l'île de Montréal
- D^r Yvan Gauthier, CISSS de la Capitale-Nationale
- D^{re} Élise Gilbert, CISSS de la Montérégie Ouest
- D^r Tinouch Haghighat, CISSS de l'Outaouais
- Dr Paul-André Hudon, CISSS des Laurentides
- D^r Mark Karanofsky, CIUSSS Centre-Ouest de l'île de Montréal
- D^{re} Darlène Kitty, Conseil Cri de la SSS Baie-James
- D^r Simon Lajeunesse, CISSS des Îles
- Dr Michel Lallier, CHU Ste-Justine
- D^{re} Isabelle Laverdière, Centre de santé Inuulitsivik
- D^r Jean-François Lefebvre, CISSS de la Gaspésie
- D^{re} Claire Lord, CRSSS de la Baie James
- D^{re} Danielle Mercier, Centre de santé Tulattavik de l'Ungava
- Dr Jacques Morais, CISSS de Laval
- D^r Alain Moukheiber, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
- Dr Jérôme Ouellet, CISSS de Lanaudière
- D^{re} Michelle Roy, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
- D^r Raymond Taillefer, CISSS de la Montérégie Centre
- D^r Lossany Touré, CIUSSS Mauricie et Centre-du-Québec
- D^r Hugo Villeneuve, CIUSSS Saguenay Lac-Saint-Jean