

Mémoire Projet de loi n° 15

Loi visant à rendre le système de
santé et de services sociaux plus
efficace

Mai 2023



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
1. LE PUBLIC	4
1.1 L'accès aux soins	4
1.2 Les mécanismes pour faire entendre la voix des usagers	6
1.3 Le rehaussement des infrastructures et de la technologie.....	7
2. LA PROFESSION MÉDICALE.....	8
2.1 La cogestion médico-administrative.....	8
2.2 La collaboration interprofessionnelle	9
2.3 L'autonomie médicale et la responsabilité populationnelle	10
2.4 Accès restreint aux médicaments	12
3. LE RÉSEAU	14
3.1 Santé Québec et la centralisation	14
3.2 Le financement de services privés.....	16
3.3 Le volet académique	17
3.4 L'empreinte écologique du réseau	17
CONCLUSION.....	18

INTRODUCTION

La mission du Collège des médecins du Québec est de protéger le public en offrant une médecine de qualité. Afin d'accomplir cette mission, le Collège est porté par les valeurs d'engagement, de rigueur, de collaboration, d'intégrité et de respect, de même que par la vision suivante : *avec ses membres, le Collège prend des décisions et pose des actions pour se rapprocher du public et lui assurer des soins de santé de qualité.*

Le Collège des médecins du Québec présente ici aux parlementaires ses observations et constats concernant le projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*. Ce mémoire est le fruit de l'analyse approfondie du projet de loi, une démarche ayant mobilisé les membres de notre Conseil d'administration et notre permanence.

Ce projet de loi suscite évidemment un vif intérêt et une attention particulière de la part du Collège, alors qu'il vient, au terme d'une tournée d'une douzaine de pôles en santé du Québec, de déposer un rapport établissant un constat clair : la population québécoise est privée de soins dans certaines régions et l'accès est souvent inégal sur le territoire. Des actions structurantes doivent être posées rapidement pour remédier à cette situation. Cette tournée, effectuée en 2022, a confirmé l'ampleur des difficultés d'accès aux soins dans des régions où ils ne sont carrément pas disponibles et où les délais d'attente pour des chirurgies ou des soins spécialisés varient grandement. Nous avons notamment constaté que les CISSS ou les CIUSSS peinent à offrir, dans les hôpitaux d'un même territoire, un accès uniforme aux soins, avec une même couverture d'effectifs. De plus, l'enjeu de la retraite des médecins nous est apparu préoccupant dans toutes les régions.

Le *statu quo* n'est donc pas envisageable et le Collège est conscient qu'une forte dose de courage est nécessaire lorsque l'on tente de dissocier du système de santé l'épithète de « mammoth ». À cet égard, nous saluons la volonté mise de l'avant par la réforme proposée afin d'améliorer l'accès des personnes à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité. Malgré tout, le projet de loi, dans sa forme actuelle, suscite plusieurs doutes quant aux moyens qui seront mis en œuvre pour atteindre les objectifs de performance, d'agilité et d'efficacité du réseau. Bien que le ministre ait présenté son projet comme un exercice de décentralisation, nous considérons qu'à plusieurs égards, il y a centralisation du pouvoir et des responsabilités vers un nombre restreint de personnes et d'instances.

D'un point de vue systémique, il nous semble que cette réforme vise à intégrer et à mieux coordonner l'ensemble des activités du réseau. C'est un objectif fort louable, mais qui propose des processus de contrôle typiquement hospitaliers que l'on souhaite projeter à l'ensemble du territoire, des régions et des réseaux locaux de services. Considérant la primauté que l'on doit accorder à l'accès aux services de première ligne desservant les citoyens à proximité, nous doutons de la cohérence et de l'efficacité de cette approche.

Étant donné sa mission de protection du public, le Collège se penchera d'abord, dans son mémoire, sur la valeur ajoutée des changements annoncés pour la population au chapitre de l'accès aux soins, des mécanismes pour faire entendre la voix des usagers et du rehaussement des infrastructures et de la technologie.

Par la suite, le Collège affirmera qu'il est nécessaire, pour que cette ambitieuse refonte soit un succès, de porter une attention particulière à ses acteurs et au contexte dans lequel ils évoluent, en s'assurant, de manière prioritaire, que les médecins et les autres professionnels exercent dans des conditions optimales et que le réseau est en mesure de les soutenir adéquatement. C'est pourquoi notre mémoire proposera que les changements s'appuient sur une cogestion clinique et administrative.

Nous commenterons ensuite la mise en place de Santé Québec et le financement gouvernemental de ressources privées. Nous terminerons en soulignant l'importance d'intégrer des dispositions en lien avec la mission académique de l'ensemble de notre réseau et avec son empreinte environnementale.

L'efficacité administrative et organisationnelle est une chose, une médecine de qualité en est une autre. Le Collège fera entendre sa voix pour s'assurer de la protection du public dans cette vaste réorganisation et afin que celui-ci ait accès à des soins de qualité, pertinents, prodigués par des médecins en santé, dans un contexte approprié.

1. LE PUBLIC

1.1 L'accès aux soins

L'objectif d'amélioration de l'accès aux services de santé et aux services sociaux est la trame de fond du projet de loi n° 15 et sous-tend la majorité des mesures qui y sont proposées. Toutefois, au-delà des changements envisagés au chapitre de la responsabilité populationnelle des médecins, de la coordination entre les établissements et de la gouvernance clinique, le Collège note l'introduction de certaines dispositions visant plus précisément les modalités d'accès à des soins et à des services de santé par les patients à propos desquelles il souhaite s'exprimer.

Le projet de loi introduit, à son article 188, une gestion centralisée de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques. Le PDG d'un établissement devra établir les règles à suivre pour inscrire un usager sur la liste d'accès aux services spécialisés et surspécialisés de tout département clinique, les modalités de détermination et de communication à l'usager de la date prévisible de l'obtention de tels services, de même que, dans le cas où ces services ne pourraient lui être fournis à cette date, les mesures de rechange devant lui être offertes telles que la fixation d'une nouvelle date à convenir avec lui, le recours aux services d'un autre médecin du département clinique concerné ou le recours à un autre établissement. Le PDG devra, avant d'établir ces règles, consulter le chef de chacun des départements cliniques où sont offerts des services spécialisés ou surspécialisés. Le chef d'un département clinique où sont offerts des services spécialisés ou surspécialisés devrait, quant à lui, s'assurer du respect et de la bonne mise en œuvre des règles établies par le PDG pour l'inscription d'un usager sur la liste d'accès aux services spécialisés (article 190). Enfin, le PDG devrait désigner un responsable de l'application des règles qu'il établirait (article 191).

Le Collège accueille favorablement les dispositions de la loi qui permettraient à l'établissement d'agir directement sur les listes d'attente en chirurgie et pour les examens spécialisés, et les obligeront en contrepartie à diriger les usagers vers des soins accessibles selon les standards établis. Nous spécifions qu'il sera nécessaire, dans ce

cadre, de tenir compte des besoins et des souhaits de l'utilisateur ainsi que de la relation clinique existante entre le médecin et son patient.

Toutefois, nous demeurons inquiets de la gestion actuelle des débordements des urgences, qui monopolisent tous les acteurs des établissements. Ces débordements empêchent également les hôpitaux universitaires de remplir adéquatement leurs missions tertiaire et quaternaire. Nous saluons en revanche les dispositions de l'article 326 du projet de loi, qui imposent une obligation aux établissements d'établir des normes internes pour assurer l'utilisation optimale des lits, ce qui pourrait notamment favoriser la réduction de la durée de séjour à l'urgence. Au-delà des urgences, les dispositions du projet de loi devront également assurer une meilleure gestion des lits et des ressources dans l'ensemble de l'établissement.

Nous constatons que le projet de loi est exclusivement centré sur l'organisation des soins au sein des établissements. Le Collège est d'avis qu'il ne sera pas possible d'améliorer significativement l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire sans une planification et une gestion orientées vers les soins de proximité (GMF, cliniques de soins de santé, soins à domicile incluant l'hospitalisation à domicile et les soins palliatifs, etc.) et qui intègrent l'ensemble des ressources du réseau, incluant les ressources communautaires.

Le silence du projet de loi à cet égard nous amène à nous questionner quant à la capacité du gouvernement à remédier à l'engorgement vécu dans les urgences, où les patients aboutissent lorsqu'il leur est impossible d'obtenir un rendez-vous en clinique.

Aussi, bien que le projet de loi offre quelques pistes de solutions, le Collège estime qu'il ne propose pas suffisamment de mesures concrètes pour un meilleur accès, par la population, aux intervenants du réseau, notamment quant au rehaussement nécessaire des soins à domicile et au soutien accompagnant l'hospitalisation à domicile partout sur le territoire, en tenant compte de l'évolution démographique et de la géographie du territoire. Nous sommes préoccupés des moyens véritables dont disposera Santé Québec à cette fin et voulons nous assurer de l'obligation de résultat par le PDG d'établissement quant à l'accessibilité des soins et à la mobilisation de l'ensemble des professionnels requis, incluant ceux qui prodiguent des soins de proximité. Le défi sera grand, car malgré une transformation importante du réseau de la santé, la pénurie de main-d'œuvre continuera de se faire sentir encore pendant plusieurs années, à tous les niveaux.

Par ailleurs, le Collège relève avec intérêt le pouvoir accordé au ministre à l'article 1017, qui modifie la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* et lui permet de déployer des projets spéciaux pour accroître la contribution du personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence quant à l'offre de services de santé et de services sociaux et à la continuité de ces services en contexte parahospitalier. Cette disposition obtient l'aval du Collège, pour autant que, par le terme parahospitalier, on réfère à l'exercice d'activités par des techniciens ambulanciers paramédicaux autres que des soins d'urgence, incluant notamment les soins à domicile. Ainsi, alors que nous favorisons une plus grande contribution des techniciens ambulanciers paramédicaux aux soins à domicile, nous soulevons que cette notion devra être mieux définie.

Il y a lieu de réitérer l'importance de l'intégration rapide des techniciens ambulanciers paramédicaux au système professionnel, alors qu'ils exercent des activités à risque de préjudice pour les patients, d'autant plus que l'on envisage d'élargir leur contribution.

1.2 Les mécanismes pour faire entendre la voix des usagers

La satisfaction des usagers se retrouve au cœur de la réforme proposée par le projet de loi. À cet égard, mentionnons que les conseils d'administration actuels seraient abolis et remplacés par des conseils d'établissement, dont les fonctions sont axées sur les dessertes territoriales des services et la satisfaction des usagers. Ces nouveaux conseils d'établissement auraient pour mandat de veiller à l'évaluation annuelle de l'expérience, en tant qu'usagers, des services de santé et des services sociaux offerts par l'établissement de même qu'à celle des besoins sociosanitaires des communautés composant la population desservie par l'établissement, en collaboration avec les comités des usagers et des résidents. Ils devront également donner leur avis au PDG sur différents sujets liés à la prestation de services au sein de l'établissement, notamment sur l'expérience des usagers, sur la gestion des plaintes ainsi que sur les besoins sociosanitaires et les particularités des communautés composant la population desservie par l'établissement (articles 117 à 119).

Il s'agit d'un changement radical, puisque les conseils d'administration que nous connaissons sous le régime de la LSSSS sont abolis et remplacés par des entités purement consultatives. Le Collège conçoit que cette mesure vise à permettre une meilleure prise en compte des besoins des usagers et de la population. Toutefois, nous redoutons que malgré l'objectif du gouvernement, la perte de pouvoir décisionnel de cette instance entraîne plutôt un affaiblissement du poids de la voix des usagers.

De plus, concernant les plaintes des usagers, plusieurs modifications sont proposées dans le but d'optimiser leur traitement. Le projet de loi crée le poste de commissaire national aux plaintes et à la qualité des services (articles 600 et suivants), lequel remplace le commissaire-conseil prévu à la *Loi sur le ministère de la Santé et de Services sociaux*. Le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services a pour fonction de s'assurer de la fluidité de la trajectoire des plaintes dans chacun des établissements ainsi que du traitement adéquat et optimal des plaintes. Suivant le projet de loi, les commissaires locaux aux plaintes relèveront directement du commissaire national, qui leur apportera son soutien, notamment en donnant son avis quant aux moyens à privilégier ou aux solutions à envisager pour pallier une difficulté liée à l'exercice de leurs fonctions (article 605).

Outre le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services, une autre instance nationale est créée par le projet de loi, soit le comité national des usagers (articles 67 et suivants). Il est formé de membres des comités des usagers des établissements publics et privés, de représentants de groupements d'usagers ou de comités des usagers, et d'une personne qui exerce des responsabilités de direction, tous étant nommés par le conseil d'administration de Santé Québec. Le comité national des usagers est chargé de formuler des recommandations au conseil d'administration de Santé Québec sur la qualité et les conditions de vie des usagers et peut également, à sa demande, donner des avis au ministre. Le rôle des comités des usagers et des résidents en établissement est maintenu, mais il est ainsi consolidé et davantage harmonisé.

Le Collège donne son appui aux mesures qui ont pour objet de mieux porter la voix des usagers et de leurs représentants au sein du réseau, et d'assurer une meilleure coordination et une complémentarité des différents mécanismes de qualité et des divers acteurs responsables de la qualité des services dans les établissements. Il ne peut en être autrement alors que, dans le cadre de sa tournée des pôles en santé, le président du

Collège a pu constater que les membres des comités des usagers se sentent peu écoutés et estiment avoir besoin d'unifier leurs forces sur le territoire. Au rythme d'un comité par établissement, nous avons été en mesure de prendre acte de la difficulté, pour les patients et leur entourage, de s'y retrouver parmi les nombreux hôpitaux sur un même territoire. Ainsi, nous estimons que pour que la composition de ce comité soit bien représentative des usagers, leur nomination ne doit pas relever du conseil d'administration de Santé Québec, mais provenir de recommandations issues des comités d'usagers locaux.

De plus, le Collège soulève que le texte législatif pourrait aller plus loin afin d'assurer que la voix des usagers soit véritablement entendue. Il importe que leur composition, déterminée par un règlement intérieur de Santé Québec (article 145), prenne en compte les réalités locales de chaque installation et qu'elle soit représentative des populations desservies. Aussi, nous estimons que la voix des usagers devrait être reflétée dans le cadre d'une reddition annuelle du comité national des usagers afin que le ministre soit informé des ratés du réseau.

Nous souhaitons en outre que cette voix des usagers inclue celle des patients partenaires. Nous déplorons que ces alliés, experts de leur pathologie et de la navigation dans le système de santé, soient totalement absents du projet de loi. Leurs compétences sont pourtant reconnues pour fournir des pistes de solutions basées sur leur expérience, afin d'améliorer les soins et services. Au cours des dernières années, le Collège a été à même de bénéficier de leur précieuse contribution et de leur point de vue unique au sein des comités de notre ordre. Nous sommes convaincus que cette expérience peut être reproduite à une plus grande échelle. Ainsi, le Collège croit non seulement que ces patients devraient être inclus au comité national des usagers, mais qu'ils devraient aussi être intégrés au conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique.

1.3 Le rehaussement des infrastructures et de la technologie

Le Collège, grandement préoccupé par les besoins criants du réseau et le nécessaire financement pour l'équipement, la technologie, l'informatique et les infrastructures vétustes, souhaite s'assurer que ces enjeux seront considérés avec attention dans le cadre de l'étude du projet de loi, puisqu'ils entraînent des répercussions directes sur l'accès et sur la qualité des soins, de même que sur l'efficacité globale du réseau.

Nous croyons que le rehaussement technologique du réseau de la santé est une condition incontournable à la mise en œuvre des modifications proposées par le projet de loi. Aucune réforme ne pourra se faire sans la mise en place d'un dossier de santé national permettant une fluidité sécuritaire des renseignements de santé et une uniformisation technologique et informatique attendue du réseau, afin d'optimiser la trajectoire de soins des usagers. Il faut que l'information circule entre toutes les installations et tous les intervenants en santé et en services sociaux, incluant les cliniques du milieu communautaire. Ultimement, ce rehaussement contribuera à optimiser la collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle, et à diminuer la multiplication des demandes d'examen diagnostiques et d'analyses. Sans oublier que des infrastructures de qualité contribuent à la rétention et à l'attraction des professionnels de la santé, de même qu'à la qualité des services et des soins.

Ces considérations nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

Recommandation 1

Modifier le projet de loi pour y ajouter la notion de prestation de soins de proximité, lesquels doivent être dispensés en intégrant l'ensemble des ressources du réseau, incluant les ressources communautaires.

Recommandation 2

Intégrer rapidement les techniciens ambulanciers paramédicaux au système professionnel alors qu'ils exercent des activités à risque de préjudice pour les patients, d'autant plus que l'on envisage d'élargir leur contribution.

Recommandation 3

Modifier le mode de nomination du comité national des usagers pour que ses membres soient nommés à la suite des recommandations des comités des usagers locaux, et inclure des patients partenaires au sein du comité national des usagers et des conseils interdisciplinaires des établissements.

Recommandation 4

Procéder prioritairement aux investissements nécessaires au rehaussement des infrastructures du réseau et de la technologie afin de répondre aux besoins criants actuels.

2. LA PROFESSION MÉDICALE

2.1 La cogestion médico-administrative

Les recherches en gestion démontrent clairement qu'une cogestion clinique et administrative est une caractéristique essentielle d'un système de santé performant. Cela crée une synergie qui garantit une meilleure organisation des soins, au bénéfice des patientes et des patients. Le projet de loi est cependant muet à ce sujet et semble vouloir évacuer les médecins comme leaders décisionnels, alors qu'ils portent une grande partie de la charge et des responsabilités cliniques à l'égard de leurs patients et qu'ils ont une connaissance intime de la pratique. De la même manière que le projet de loi prévoit de nouveaux dispositifs pour porter la voix des usagers, celle des médecins doit se faire entendre notamment via des CMDPSF.

Du reste, le Collège réclame que les médecins occupant des fonctions médico-administratives soient bien formés, mieux soutenus et disposent des ressources appropriées afin d'assumer les responsabilités qui leur sont confiées. Et, bien que le Collège ne s'ingère jamais dans les questions de rémunération, il estime opportun de formuler ici qu'une rémunération adéquate valoriserait ces fonctions, qui sont actuellement boudées dans plusieurs régions, comme la tournée des pôles en santé a permis de le constater. De plus, un allègement des tâches cliniques de ces médecins leur permettrait aussi de bien réaliser leur mandat.

Une cogestion médico-administrative implique également qu'il y ait des consultations de la part de Santé Québec lors de l'exercice du pouvoir de déterminer des normes par règlement. Or le projet de loi est silencieux sur ce point.

En effet, outre les mesures proposées en matière de gouvernance des établissements, le Collège est d'avis que certains allègements réglementaires permettraient de réduire la charge administrative des médecins, notamment en ce qui a trait à la signature du congé, où une plus grande autonomie des autres professionnels est souhaitable à la fin des soins. Nous notons à cet égard que l'article 325 du projet de loi édicte que Santé Québec détermine par règlement les conditions et modalités d'enregistrement, d'inscription, d'admission, de transfert, de congé ou de sortie des usagers d'un établissement, et nous souhaitons que les mécanismes qui seront ainsi mis en place soient souples et adaptables à la réalité de chaque milieu de soins. L'approche interdisciplinaire doit aussi primer sur une gestion strictement administrative de l'établissement, ce qui implique une consultation des médecins et des autres professionnels appelés à contribuer aux soins.

2.2 La collaboration interprofessionnelle

Toujours dans l'optique d'améliorer l'expérience du patient, le projet de loi s'attaque à l'optimisation de la trajectoire de soins et de services. Dans une volonté d'éliminer les silos dans la trajectoire de soins et de services, le projet de loi prévoit, à son article 153, la création dans chaque établissement d'un conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique, où travailleront les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé de l'établissement qui devront évaluer la trajectoire du patient dans son ensemble afin de conseiller le PDG sur la meilleure organisation de services et sur la meilleure trajectoire, au bénéfice de l'utilisateur. Le Collège est en accord avec cette proposition, qui aura pour effet de promouvoir la collaboration interprofessionnelle et de veiller à mettre en place des trajectoires de soins fluides pour les patients.

Cependant, nous croyons que, pour qu'une réelle refonte du système de santé s'opère, celle-ci doit inclure les soins de proximité. De la même manière que le Collège était convaincu dans son mémoire sur le projet de loi n° 11 en 2022 qu'il fallait remplacer le crédo de « un médecin de famille pour chaque citoyen » par celui de « une équipe de professionnels pour chaque citoyen » au profit des usagers, nous croyons tout autant qu'il faut que l'ensemble des professionnels de la santé contribuent à répondre aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire.

Selon nous, les modifications proposées par le projet de loi devront embrasser plus largement l'ensemble du réseau. Il importe que le nouveau conseil interdisciplinaire puisse amorcer de son propre chef une démarche d'évaluation et de recommandation à l'égard de tous les services cliniques, et ainsi développer une perspective des soins sur tout le continuum en tenant compte de l'ensemble de la trajectoire du patient à l'intérieur du réseau local de soins médicaux et de services sociaux. Il y a lieu de s'assurer d'une cohérence pour éviter des inégalités d'accès d'une région sociosanitaire à l'autre, au détriment des usagers. La trajectoire doit être conçue en tant qu'un continuum fluide entre la première, la deuxième et la troisième ligne. Nous sommes d'avis que le projet de loi ne répond pas entièrement à ces préoccupations et que des modifications s'imposent.

De plus, de l'avis du Collège, le projet de loi pourrait aller encore plus loin afin de favoriser la mise en place de pratiques interprofessionnelles. Il y a là une occasion à saisir pour faciliter et harmoniser les processus d'adoption des ordonnances collectives, qui constituent un outil accessible pour optimiser l'accès aux traitements et soutenir le travail entre professionnels. Par exemple, le directeur médical pourrait avoir le pouvoir d'adopter

des ordonnances collectives afin d'assurer une couverture plus élargie sur un territoire. Une telle mesure pourrait favoriser la contribution des guichets d'accès à la première ligne aux trajectoires de soins.

2.3 L'autonomie médicale et la responsabilité populationnelle

Le projet de loi n° 15 propose une refonte de la gestion des établissements et de la gouvernance médicale, toujours dans un souci de rendre le système de santé plus efficace et d'améliorer l'accès aux soins.

Une des mesures phares de la réforme, à cet égard, est le retour à une gestion de proximité. C'est l'article 132 du projet de loi qui incarne cette volonté, en édictant que le PDG d'un établissement, lorsqu'il détermine son organisation administrative, doit favoriser la gestion de proximité et qu'à cette fin, il doit notamment s'assurer de la désignation, pour chaque installation maintenue par l'établissement, d'au moins une personne responsable de veiller à la bonne marche des activités de l'établissement et à la détection en temps utile des situations anormales. Il s'agit ici d'assurer une prise de décision plus rapide et de rendre les établissements plus performants, avec des décisions de gestion prises plus près des préoccupations des équipes. Il a d'ailleurs beaucoup été question d'imputabilité des gestionnaires dans le discours gouvernemental entourant le dépôt du projet de loi.

Cette disposition reçoit l'aval du Collège, mais soulève tout de même des questions. En effet, bien que cette modification de la gouvernance clinique et médicale locale et territoriale ait le potentiel d'améliorer la gestion quotidienne locale pour les usagers, nous ignorons tout du véritable pouvoir de ces gestionnaires, de leur degré d'autonomie, de leur niveau hiérarchique et de leur imputabilité. De plus, le Collège tient à souligner que ces gestionnaires devraient pouvoir compter sur des ressources appropriées afin de réaliser leur mandat. La pandémie nous a révélé toute leur importance.

Le projet de loi vise également à améliorer l'accès, par une consolidation de la gouvernance clinique et médicale locale et territoriale. La création du poste de directeur médical (article 159) permet à ce dernier de prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien. Il doit élaborer les règles d'utilisation des ressources et exercer des responsabilités élargies en ce qui a trait au processus d'octroi et de renouvellement des privilèges, de même que sur l'ensemble de la gestion médicale, dentaire, pharmaceutique et des sages-femmes.

De plus, en concordance avec l'abolition des conseils d'administration, le processus d'examen d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien par le médecin examinateur est modifié par le projet de loi, puisqu'il inclura dorénavant la transmission de la plainte, lorsqu'une mesure disciplinaire pourra être fondée, au PDG ou au directeur médical de l'établissement (article 587). Ceux-ci se voient confier, avec les chefs de départements cliniques, le pouvoir d'imposer des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien (article 218). Ces responsables disciplinaires pourront saisir le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF) d'une plainte formulée à l'encontre d'un médecin ou d'un dentiste afin d'obtenir son avis (article 222). De plus, le pouvoir de nommer un médecin, un dentiste ou un pharmacien sera exercé par le PDG de l'établissement (article 197), sur avis du directeur médical (article 202), qui consultera le chef de département clinique concerné ainsi que le directeur médical de médecine familiale (lequel remplace le chef du

département régional de médecine générale) ou de médecine spécialisée (article 201). Il en va de même du processus de renouvellement des privilèges, pour lequel le PDG statuera après avoir consulté le directeur médical (articles 228 et 229).

Les dispositions visant la nouvelle gouvernance des établissements nous apparaissent perfectibles à plusieurs égards et suscitent de nombreuses inquiétudes. Le Collège est particulièrement préoccupé par les accrocs au principe de l'autorégulation de la profession et aux pouvoirs des CMDPSF.

Alors que la législation proposée prône une décentralisation de la prise de décisions, la structure proposée par le projet de loi concentre les pouvoirs entre les mains d'un groupe restreint de gestionnaires, notamment le PDG et le directeur médical, entraînant un risque réel de décisions arbitraires. Tout d'abord, les mêmes personnes seront responsables à la fois d'octroyer les privilèges et de déterminer les sanctions. Ensuite, puisque les mesures disciplinaires seraient dorénavant imposées par le PDG, le directeur médical ou les chefs de départements cliniques plutôt que par les conseils d'administration, le Collège y voit un risque de conflit d'intérêts ou de conflit de rôles, d'autant que ce pouvoir disciplinaire ne serait pas balisé par des règles procédurales. Nous sommes également d'avis qu'il faut saisir l'opportunité que constitue la réforme pour revoir en profondeur le processus disciplinaire, afin de le simplifier et de diminuer les délais.

D'autre part, l'autorité du CMDPSF apparaît diluée, tandis qu'il exercera des responsabilités réduites sous la surveillance du directeur médical et du conseil interdisciplinaire. Nous voyons là une perte d'indépendance de cette instance et signalons que la diminution de la portée de l'implication médicale vient avec un risque significatif de démobilisation et de désengagement du corps médical. Par ailleurs, nous soulignons également que le CMDPSF est le seul conseil à qui l'on n'a pas attribué la responsabilité de donner son avis sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres au sein de l'établissement (article 168) et le seul conseil duquel le PDG n'est pas membre. Nous demandons au ministre de remédier à cette omission. De plus, nous notons que les médecins sont exclus de la composition des conseils d'établissement.

Au chapitre de la planification des effectifs médicaux et du droit d'exercice en établissement, le Collège note qu'au terme du projet de loi, le PDG d'un établissement élaborerait et soumettrait au président et au chef de la direction de Santé Québec un plan des effectifs médicaux et dentaires, en spécifiant le nombre de médecins de famille, de médecins des autres spécialités, par spécialité, ainsi que de dentistes généralistes et de dentistes spécialistes qui pourraient y exercer leur profession, en précisant le département clinique ou le service dont chacun d'eux ferait partie. Le PDG devrait aussi préciser la répartition du nombre de ces professionnels pour chacune des installations où s'exerceraient des activités de l'établissement ou par groupement d'installations déterminé par le président et chef de la direction (article 195). Ce plan devrait être établi tous les trois ans.

De plus, tous les médecins de famille et médecins des autres spécialités exerçant sur un territoire devraient détenir un poste au plan des effectifs médicaux et dentaires (PEM) d'un établissement, et avoir des privilèges et des obligations en lien avec leur nomination.

Ainsi, suivant les dispositions du projet de loi, avant de transmettre l'avis de réception d'une demande de nomination recevable formulée par un médecin ou un dentiste, le directeur médical doit consulter le chef de département clinique concerné ainsi que le

directeur médical de médecine familiale ou, selon le cas, le directeur médical de médecine spécialisée, sur les obligations qui pourraient être rattachées à la jouissance des privilèges pouvant être accordés au demandeur. Les obligations rattachées à la jouissance des privilèges ont pour but d'assurer la participation du médecin ou du dentiste aux responsabilités de l'établissement, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services, à leur qualité et à leur pertinence (article 201).

Le Collège insiste pour que la profession médicale ait son mot à dire sur la répartition des effectifs sur le territoire et que l'on prenne en compte l'expertise des médecins dans des domaines particuliers dans le cadre de la répartition. Ainsi, bien qu'une répartition équitable des effectifs sur le territoire soit requise et nécessite donc un certain contrôle, cette atteinte à la liberté d'installation et de pratique, déjà présente via les PREM-PEM, doit être balisée.

Quant aux privilèges d'exercice en établissement, soit les modalités d'application des PEM-PREM, nous estimons qu'ils doivent être revus afin de permettre, entre autres, un parcours adapté à une fin de carrière. Les travaux de notre Chantier sur l'accès à un médecin de famille et la cessation d'exercice relèvent que ces éléments sont des irritants, voire des freins au maintien en activité de certains médecins. Après des décennies de ce modèle unique au Canada, il y a lieu, sur la base des défis démographiques actuels, d'en revoir certains aspects.

Il est à noter que pour permettre que soit reflétée la réalité régionale et territoriale propre à chaque région du Québec, toutes les régions du Québec verront la création d'un département territorial de médecine familiale (DTMF, qui remplace le DRMG) et d'un département territorial de médecine spécialisée (DTMS), qui seront chargés d'élaborer l'organisation des services de médecine familiale et de médecine spécialisée convenant à leur réalité propre et de la soumettre au PDG de l'établissement auquel ils sont rattachés (articles 372 et suivants).

Finalement, les articles 402 et 403 du projet de loi prévoient une responsabilité accrue des médecins envers la population de la région où ils exercent, en exigeant que tout médecin spécialiste qui n'a pas de privilèges dans un établissement exploitant un centre hospitalier et dont la spécialité est visée par une entente de rémunération conclue en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie* doive effectuer une partie de sa pratique dans les activités médicales particulières établies par Santé Québec, sur recommandation du département territorial de médecine spécialisée, s'il désire adhérer à une telle entente.

Le Collège prône la responsabilité sociale collective des médecins envers la population du territoire qu'ils desservent et soutiendra les mesures en ce sens visant les médecins de famille, les médecins des autres spécialités et l'ensemble des professionnels de la santé. D'ailleurs, nous déplorons que le projet de loi soit muet sur cette responsabilité sociale collective pour les professionnels autres que les médecins. Il y a en effet peu de leviers ou de mesures précises dans la pièce législative proposée pour assurer de leur part toute responsabilité populationnelle.

2.4 Accès restreint aux médicaments

Le projet de loi vient introduire une limitation significative de l'accès aux médicaments à la population québécoise. En effet, l'article 334 énonce que « l'établissement ne peut

fournir que des médicaments ayant reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral pour les indications thérapeutiques reconnues par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux qui apparaissent sur la liste dressée à cette fin par le ministre ». Ceci limite considérablement l'accès à des médicaments couramment utilisés en dehors des indications spécifiques, bien qu'en fonction de la littérature scientifique qui évolue rapidement. Ceci limite également la possibilité d'introduire des thérapies innovantes qui peuvent être disponibles avant leur approbation officielle par Santé Canada. Ces limitations entraîneraient inévitablement des conséquences pour les patients québécois.

Malgré le fait que des dispositions prévoient des modalités afin de recourir à des médicaments en dehors du cadre de l'article 334, ces modalités sont lourdes et rigides, et viennent ainsi priver ou retarder, pour certains patients, l'accès à un traitement approprié à leur condition.

Ces considérations nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

Recommandation 5

Établir une réelle cogestion clinique et administrative permettant notamment aux médecins de s'engager dans l'activité clinique elle-même, mais aussi dans la gestion de tout le processus de soins.

Recommandation 6

Former et soutenir les professionnels occupant d'importantes fonctions médico-administratives (notamment les directeurs médicaux et chefs de département), leur consentir des ressources et la rémunération appropriées, ainsi qu'un allègement clinique pour qu'ils puissent remplir adéquatement leur mandat.

Recommandation 7

Confier au conseil interdisciplinaire la fonction de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, de la trajectoire de l'ensemble des services cliniques disponibles sur un territoire.

Recommandation 8

Clarifier le mandat du gestionnaire désigné de chaque installation et s'assurer de son autonomie et de son imputabilité.

Recommandation 9

Revoir l'organigramme proposé afin que les pouvoirs et responsabilités soient répartis entre un plus grand nombre de personnes et d'instances pour diminuer les risques de conflit d'intérêts et de rôles.

Recommandation 10

De la même manière que le projet de loi prévoit de nouveaux dispositifs pour porter la voix des usagers, celle des médecins doit s'exprimer dans les CMDP par une contribution décisionnelle et non principalement consultative.

Recommandation 11

Reconnaître les expertises particulières des médecins dans la répartition des effectifs médicaux pour bien répondre aux besoins populationnels.

Recommandation 12

Permettre aux médecins un parcours adapté à la fin de carrière, en modulant les attentes liées à leurs privilèges (PREM-PEM) lors de leur transition vers la retraite.

Recommandation 13

Ajouter au projet de loi des dispositions portant sur la responsabilité populationnelle collective de l'ensemble des professionnels de la santé sur un territoire donné.

Recommandation 14

Assouplir l'article 334 afin que l'établissement puisse fournir aux patients, lorsque pertinent et selon des modalités souples, des médicaments autres que ceux ayant reçu une approbation fédérale et provinciale pour des indications spécifiques.

3. LE RÉSEAU

3.1 Santé Québec et la centralisation

Une des mesures structurantes du projet de loi consiste en la séparation de la détermination des orientations et la création de programmes, qui relèveraient dorénavant du ministère de la Santé et des Services sociaux. La coordination des opérations relèverait de Santé Québec.

À cette fin, l'article 20 du projet de loi institue Santé Québec, une personne morale mandataire de l'État assujettie à la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*, dont la mission est d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux dans les différentes régions sociosanitaires du Québec. Dans ces régions, elle coordonnera et soutiendra, notamment par des subventions, l'offre de tels services par les établissements privés ainsi que celle de services du domaine de la santé et des services sociaux par certains autres prestataires privés. Santé Québec aura également pour mission d'appliquer la réglementation prévue par la loi de certaines activités liées au domaine de la santé et des services sociaux. De plus, Santé Québec aura pour mission de fournir au ministre l'appui nécessaire à la mise en œuvre des orientations, des cibles et des standards qu'il détermine, notamment pour l'organisation et la prestation de services de santé et de services sociaux.

Avec le projet de loi, Santé Québec devient l'employeur principal du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui aura pour corollaire une diminution drastique du nombre d'accréditations syndicales ainsi qu'une harmonisation de la gestion des ressources humaines et des mesures touchant l'organisation du travail au sein du réseau. Santé Québec sera administrée par un conseil d'administration composé de 13 membres, dont feront partie un président du conseil, un président et chef de la direction (PCD), et le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux. Le PCD sera le plus haut dirigeant de l'agence et le principal responsable de la coordination et de la surveillance de l'offre de services de santé et de services sociaux de Santé Québec.

Le ministre, quant à lui, conservera les fonctions qui lui sont dévolues par la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, notamment quant à l'élaboration des politiques relatives à la santé et aux services sociaux, et à la mise en œuvre de ces politiques.

L'article 19 du projet de loi précise qu'il :

- déterminera les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience quant aux services ainsi que celles relatives au respect des droits des usagers et au partenariat avec ces derniers, et diffusera ces orientations auprès de Santé Québec et des établissements de celle-ci;
- déterminera les orientations, les cibles et les standards du régime d'examen des plaintes des usagers;
- s'assurera de la reddition de comptes de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux en fonction de ses orientations, et appréciera et évaluera les résultats en matière de santé et de services sociaux.

Le Collège est en faveur de la division de la planification et de la gestion des opérations introduite par la mise en place de Santé Québec. Nous entretenons en revanche des doutes quant à la réelle indépendance du pouvoir politique, notamment lorsque l'on constate que le ministre de la Santé et des Services sociaux et le Conseil d'administration de Santé Québec désignent les titulaires de tous les postes d'importance au sein du réseau. Par ailleurs, la concentration de pouvoirs entre les mains de certaines personnes, laquelle a été exposée plus haut, nous fait craindre que la structure prévue entraîne une approche centralisée et hiérarchisée, alors que les pouvoirs les plus importants seront attribués au PDG de l'établissement, nommé par Santé Québec, et que les comités permanents seront réduits à un rôle consultatif.

À cet égard, soulignons que la nomination du directeur national de santé publique ainsi que celle des directeurs régionaux de santé publique relèvent toujours du ministre de la Santé et des Services sociaux, et que ce dernier conserve le pouvoir d'assurer la coordination nationale et interrégionale en matière de santé publique (article 654). Ce choix nous apparaît contradictoire à la volonté de distinguer les orientations des opérations, et ne permet pas de préserver l'indépendance souhaitable des directeurs de santé publique.

Il importe par ailleurs pour le Collège, malgré cette séparation des responsabilités, que le ministre puisse de manière exceptionnelle, en temps opportun, agir sur des enjeux systémiques du réseau et éviter tout délai pour corriger des situations à conséquence pour les usagers ou les soignants.

À notre avis, la création de Santé Québec doit diminuer les barrières et générer une meilleure fluidité entre les établissements, tenir compte des réalités locorégionales et favoriser une approche réellement décentralisée du système de santé pour une autonomie locale et des soins de proximité. Il nous apparaît donc important de clarifier la notion d'établissement et de l'élargir aux milieux communautaires assurant des soins sur chaque territoire.

Par ailleurs, conformément à l'article 65 du projet de loi, Santé Québec devra élaborer un programme national sur la qualité des services, conformément aux orientations et aux attentes globales en matière de qualité, de sécurité, de pertinence et d'efficacité déterminées par le ministre. Ce programme visera à ce que les établissements publics et les titulaires d'une autorisation se conforment à leur obligation de suivre des pratiques reconnues en matière de qualité des services, notamment en ce qui a trait à leur sécurité, à leur pertinence et à leur efficacité. Le programme prévoira notamment les mesures qui, de l'avis de Santé Québec, peuvent être établies par un établissement public ou un titulaire

d'une autorisation pour se conformer à de telles pratiques ainsi que les moyens par lesquels peut être officiellement reconnu l'établissement ou le titulaire qui s'y conforme.

Nous sommes favorables à l'obligation de chaque établissement de s'évaluer, afin de gagner en efficacité, ainsi qu'à la mise en place d'un programme national visant à instaurer des mesures pour l'atteinte des standards reconnus de qualité et de pertinence des soins. Néanmoins, une mise en garde s'impose. Il faudra veiller à ce que ce programme national ne soit pas rigide, qu'il ne constitue pas un frein à l'innovation et qu'il tienne compte des ressources disponibles. De plus, nous relevons qu'une forme d'ingérence politique ou administrative est à craindre quant à la notion de soins pertinents ou de qualité.

Finalement, pour ce qui est des soins préhospitaliers d'urgence, le Collège remarque qu'aux termes du projet de loi, le directeur médical national conserverait le pouvoir d'établir les orientations nationales en matière de qualité de soins préhospitaliers et qu'il gagnerait le pouvoir d'élaboration des protocoles cliniques. Ces protocoles devraient toutefois être transmis au ministre, et non à Santé Québec. Nous nous interrogeons sur ce choix, alors que la nouvelle structure vise à séparer les opérations gérées et coordonnées par Santé Québec des orientations provenant du ministre.

3.2 Le financement de services privés

Beaucoup d'encre a coulé sur l'ouverture accordée au privé dans le projet de loi n° 15. Cependant, force est de constater que le texte législatif proposé ne constitue pas une réforme du fonctionnement actuel du partenariat public-privé.

En effet, on remarque notamment que l'article 445 du projet de loi permettrait à Santé Québec de conclure, avec une personne ou un groupement, une entente visant la fourniture, pour le compte d'un établissement de Santé Québec, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement ou la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux. Santé Québec pourrait également conclure, avec un établissement privé, une entente concernant l'acquisition ainsi que la préparation et la distribution automatisées de médicaments. Or, les établissements de santé peuvent déjà conclure de telles ententes.

D'autre part, les articles 500 à 504 du projet de loi permettent des centres médicaux spécialisés (CMS) participatifs et non participatifs au régime public d'assurance maladie, mais ne permettent pas la combinaison de ces statuts, comme c'est le cas en ce moment. L'article 194 autorise d'ailleurs au ministre d'assumer les coûts des soins donnés dans un CMS non participatif, et ce, malgré toute disposition inconciliable, alors que de telles mesures sont déjà en place.

Le Collège favorise la meilleure utilisation des ressources en santé pour un accès élargi aux soins gratuits pour tous, dans le respect des standards reconnus. Toutefois, il nous importe d'affirmer que si un partenariat avec le privé est nécessaire pour élargir l'accès, il doit être offert à tous et gratuitement. Nous favorisons un réseau public fort, offrant toute la gamme des services. De plus, nous croyons qu'en dehors du cadre du projet de loi, certaines normes méritent d'être resserrées afin d'assurer des soins véritablement universels et accessibles. Ainsi, les règles permettant l'alternance entre les régimes public et privé doivent être raffermies pour éviter qu'un médecin puisse offrir presque simultanément un même service au public et au privé, et ainsi engendrer des situations

de médecine à deux vitesses. Sans compter que cette alternance entre le public et le privé a aussi un impact sur la disponibilité des ressources professionnelles au sein des établissements publics.

3.3 Le volet académique

Le Collège, contrairement aux autres ordres professionnels de médecins canadiens, joue un rôle important dans les processus d'agrément des programmes de formation universitaire en médecine et entretient donc un partenariat de longue date avec les universités québécoises et leur faculté de médecine.

Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre généralisée, alors que le réseau tout entier doit devenir un lieu d'enseignement afin d'accueillir les cohortes croissantes d'étudiants des différents programmes, il est surprenant que le projet de loi fasse si peu de place au rôle et à l'importance des missions académiques des établissements du réseau, et aux liens qu'ils entretiennent avec leurs partenaires du milieu de l'éducation, soit les institutions d'enseignement. Par exemple, l'appellation « CIUSSS », reconnaissant le caractère plus académique de certains établissements, disparaît dans la nouvelle toponymie proposée par le projet de loi. À notre avis, un système de santé se doit de contribuer à la formation de la relève.

Bien que la qualité des soins et services soit tributaire de plusieurs facteurs, la formation initiale et continue des professionnels de même que l'innovation issue de la recherche, les deux volets d'une mission académique, jouent un rôle central sous ce rapport.

Autre recul pour le milieu académique : à l'heure actuelle, les facultés de médecine sont représentées au conseil d'administration de certains établissements et sont également impliquées dans le processus de sélection et de nomination des chefs de département clinique, des acteurs clés de l'organisation des services dont le rôle n'est pas modifié par le projet de loi.

Pour toutes ces raisons, le Collège estime que des amendements au projet de loi sont nécessaires afin de préserver l'apport important de l'enseignement et de la recherche au réseau de la santé et des services sociaux. La responsabilité sociale et populationnelle des professionnels de la santé doit commencer dès leur formation universitaire.

3.4 L'empreinte écologique du réseau

L'absence de toute référence, dans le projet de loi n° 15, au nécessaire virage environnemental que doit prendre l'ensemble du réseau nous semble anachronique en 2023 et une omission qui mérite d'être rectifiée. Des objectifs tangibles de gestion environnementale devront être signifiés par le ministère via Santé Québec à l'ensemble des établissements.

Ces considérations nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

Recommandation 15

Préserver l'indépendance des directeurs de santé publique en modifiant le projet de loi pour que le directeur national de santé publique soit nommé par l'Assemblée nationale et

que les directeurs régionaux de santé publique soient nommés par Santé Québec et non pas par le ministre.

Recommandation 16

Raffermir les règles de pratique des médecins dans les secteurs public et privé pour éviter qu'ils puissent offrir presque simultanément un même service dans les deux secteurs et engendrer des situations de médecine à deux vitesses.

Recommandation 17

Apporter des amendements au projet de loi afin de préserver l'apport important de l'enseignement et de la recherche au réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandation 18

Intégrer des dispositions incitant les établissements à adopter une gestion durable et responsable de leurs activités et de leurs installations.

CONCLUSION

Le Collège est favorable à un ensemble de mesures proposées dans le projet de loi n° 15. Mais il émet des réserves, entre autres, sur les nouvelles instances devant accroître l'accès à des soins de qualité et pertinents, et porter la voix des usagers.

La nouvelle gouvernance médicale qui restreint la voix des médecins, notamment sur l'organisation des soins, nous préoccupe. Nous craignons, par exemple, l'impact que les changements introduits par le projet de loi pourraient avoir sur l'engagement médical, tant du point de vue individuel que collectif et administratif. Il en va de même pour le respect de l'autonomie médicale dans les affectations, en lien avec les nouvelles responsabilités populationnelles. Il nous apparaît incontournable que tous les professionnels de la santé contribuent à l'accès à des soins et des services de qualité, partout sur le territoire.

Quant aux pouvoirs accordés à Santé Québec et à la concentration de la prise de décision sur les mesures disciplinaires et les privilèges, nous souhaitons qu'un meilleur équilibre soit atteint dans le cadre d'une cogestion médico-administrative.

Nous souhaitons également que le projet de loi puisse évoluer afin de permettre une coordination adéquate des soins de proximité et des soins plus spécialisés sur l'ensemble du territoire.

Le Collège sera un partenaire de la mise en place de toutes les mesures du projet de loi qui bénéficieront aux usagers, qui mobiliseront et mettront à contribution ses membres dans un contexte optimal, et qui favoriseront l'interprofessionnalisme au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Avec ses membres, le Collège continuera ainsi à prendre des décisions et à poser des actions pour se rapprocher du public et lui assurer des soins de santé de qualité.

RAPPEL DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Modifier le projet de loi pour y ajouter la notion de prestation de soins de proximité, lesquels doivent être dispensés en intégrant l'ensemble des ressources du réseau, incluant les ressources communautaires.

Recommandation 2

Intégrer rapidement les techniciens ambulanciers paramédicaux au système professionnel alors qu'ils exercent des activités à risque de préjudice pour les patients, d'autant plus que l'on envisage d'élargir leur contribution.

Recommandation 3

Modifier le mode de nomination du comité national des usagers pour que ses membres soient nommés à la suite des recommandations des comités des usagers locaux, et inclure des patients partenaires au sein du comité national des usagers et des conseils interdisciplinaires des établissements.

Recommandation 4

Procéder prioritairement aux investissements nécessaires au rehaussement des infrastructures du réseau et de la technologie afin de répondre aux besoins criants actuels.

Recommandation 5

Établir une réelle cogestion clinique et administrative permettant notamment aux médecins de s'engager dans l'activité clinique elle-même, mais aussi dans la gestion de tout le processus de soins.

Recommandation 6

Former et soutenir les professionnels occupant d'importantes fonctions médico-administratives (notamment les directeurs médicaux et chefs de département), leur consentir des ressources et la rémunération appropriées, ainsi qu'un allègement clinique pour qu'ils puissent remplir adéquatement leur mandat.

Recommandation 7

Confier au conseil interdisciplinaire la fonction de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, de la trajectoire de l'ensemble des services cliniques disponibles sur un territoire.

Recommandation 8

Clarifier le mandat du gestionnaire désigné de chaque installation et s'assurer de son autonomie et de son imputabilité.

Recommandation 9

Revoir l'organigramme proposé afin que les pouvoirs et responsabilités soient répartis entre un plus grand nombre de personnes et d'instances pour diminuer les risques de conflit d'intérêts et de rôles.

Recommandation 10

De la même manière que le projet de loi prévoit de nouveaux dispositifs pour porter la voix des usagers, celle des médecins doit s'exprimer dans les CMDP par une contribution décisionnelle et non principalement consultative.

Recommandation 11

Reconnaître les expertises particulières des médecins dans la répartition des effectifs médicaux pour bien répondre aux besoins populationnels.

Recommandation 12

Permettre aux médecins un parcours adapté à la fin de carrière, en modulant les attentes liées à leurs privilèges (PREM-PEM) lors de leur transition vers la retraite.

Recommandation 13

Ajouter au projet de loi des dispositions portant sur la responsabilité populationnelle collective de l'ensemble des professionnels de la santé sur un territoire donné.

Recommandation 14

Assouplir l'article 334 afin que l'établissement puisse fournir aux patients, lorsque pertinent et selon des modalités souples, des médicaments autres que ceux ayant reçu une approbation fédérale et provinciale pour des indications spécifiques.

Recommandation 15

Préserver l'indépendance des directeurs de santé publique en modifiant le projet de loi pour que le directeur national de santé publique soit nommé par l'Assemblée nationale et que les directeurs régionaux de santé publique soient nommés par Santé Québec et non pas par le ministre.

Recommandation 16

Raffermir les règles de pratique des médecins dans les secteurs public et privé pour éviter qu'ils puissent offrir presque simultanément un même service dans les deux secteurs et engendrer des situations de médecine à deux vitesses.

Recommandation 17

Apporter des amendements au projet de loi afin de préserver l'apport important de l'enseignement et de la recherche au réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandation 18

Intégrer des dispositions incitant les établissements à adopter une gestion durable et responsable de leurs activités et de leurs installations.