

PAR COURRIEL

Sherbrooke, le 23 mai 2023

Monsieur Luc Provençal
Président
Commission de la santé et des services sociaux
Édifice Pamphile-Le May
1035, rue des Parlementaires, 3^e étage
Québec (Québec) G1A 1A3

Objet : Projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* – Complément d'information à la participation de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec aux audiences publiques de la Commission de la santé et des services sociaux

Monsieur le Président,

L'Association des conseils multidisciplinaires (ACMQ) est une association qui regroupe plus de 30 conseils multidisciplinaires du Québec et représente plus de 76 000 professionnels(le)s offrant des services de réadaptation, des services psychosociaux et des soins de santé dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux.

Nous vous interpellons aujourd'hui en votre qualité de président de la Commission de la santé et des services sociaux (Commission), dans le cadre des consultations publiques entourant l'élaboration du [projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*](#) (PL15). Cette missive s'inscrit en guise de suivi et de complément d'information à notre passage en commission parlementaire le 11 mai dernier.

Dans un premier temps, nous aimerions profiter du moment pour vous remercier de cette occasion. Nous espérons avoir suscité intérêt et réflexions en regard des recommandations présentées dans notre mémoire « *Pour un recadrage stratégique des conseils professionnels du réseau de la santé et des services sociaux* ». Nous avons grandement apprécié contribuer à l'amélioration du projet de loi quant au maintien de la place stratégique des conseils professionnels au sein de nos établissements de santé et de services sociaux.

Vous trouverez en pièce jointe un aperçu très global des principaux titres d'emplois actuellement membres des conseils multidisciplinaires (ci-après « CM »), un léger aperçu de la représentativité globale des travailleurs sociaux des CM membres de l'ACMQ – avec toutes les nuances à y apporter – ainsi que plus d'information sur les consultations que nous avons menées auprès de tous nos membres en amont du dépôt de notre mémoire.

Enfin, nous nous sommes permis d'intégrer dans cette communication une nuance importante à faire entre le « conseil professionnel qu'est le CM » et les « Directions des services multidisciplinaires (ci-après « DSM ») afin de bien illustrer le rôle, les responsabilités et la posture de chacun, qui sont différents et qu'il est donc très possible d'avoir un CM et deux DSM, s'il y a lieu.

Le portrait des membres

À cet effet, vous constaterez que les CM regroupent une variété de titres d'emplois représentant plusieurs disciplines et professions, en référence à des individus diplômés d'études de niveau collégial (les techniciens et technologues), de niveau universitaire (baccalauréat, maîtrise et doctorat), et dont certains sont membres d'un ordre professionnel (annexe 1).

Cette diversité est source d'une grande richesse quand vient le temps de trouver ensemble des pistes d'améliorations pour relever les défis de qualité et d'accessibilité aux services de santé et services sociaux pour les usagers. Il s'agit de l'un des principaux éléments que soutient la grande majorité des membres de l'ACMQ à l'effet de rester unis sous un seul CM (recommandation 6).

Cependant, nous réitérons ici qu'à la lueur de cette diversité, vous en conviendrez qu'il devient impératif pour nous, pour nos membres, **de pouvoir clarifier l'interprétation du législateur** quant à la définition actuelle de la composition des membres d'un CM en regard au libellé de la [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#) et de celui proposé dans le PL15 (annexe 3).

Cette définition suscite beaucoup de confusion au sein de nos membres. Des avis juridiques ont même été demandés par le passé pour tenter d'interpréter ce libellé. Aujourd'hui, le contexte favorisant cette possibilité de clarification dans la Loi permettrait en l'occurrence de répondre à cet enjeu qui perdure. Un exemple très parlant de cette confusion sur « *qui sont donc les membres d'un CM* » est la cueillette actuelle des listes des membres CM de chacun des CM membres de l'ACMQ – tous n'ayant pas documentés les mêmes titres d'emplois.

Ceci dit, vous pourrez constater en annexe 1, les principaux titres d'emplois actuellement membres d'un CM.

Travailleurs sociaux, professionnels en santé mentale et en relations humaines

À cet égard, notons que les données identifiées dans le cadre de la collecte auprès des CM membres de l'ACMQ ne peuvent être prises comme étant des données absolues de référence pour illustrer la représentativité des travailleurs sociaux dans le réseau public.

Néanmoins, notons qu'il y a 12 000 travailleurs sociaux qui exercent dans le réseau public.

Bien que nous estimions que le portrait général transmis dans la présente correspondance est représentatif aux fins d'une prise de décision éclairée, il importe de spécifier qu'il existe d'autres titres d'emplois utilisés dans le réseau et qui regroupent notamment des travailleurs sociaux mais pour lesquels nous n'avons pas la donnée spécifique, tels que pour les postes avec pour titre d'emploi « agent de relation humaine », « réviseur » ou « spécialiste d'activités cliniques ».

En plus des travailleurs sociaux qui sont en nombre important dans notre réseau public, et dont le champ d'exercice est d'offrir des services sociaux agissant sur les déterminants sociaux d'un individu, d'une famille, d'une collectivité, notons qu'il y a également tous les professionnels dits « psychosociaux » qui regroupent les professionnels en santé mentale et en relations humaines, tels que mis en lumière dans la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90).

Vaste consultation auprès des 30 CM du Québec membres de l'ACMQ

Nous avons été des plus consultatives et réactives comme association, et ce, dès le jour 1 du dépôt du projet de loi. Les 30 CM membres de l'ACMQ ont été consultés à 3 reprises via leurs présidents et leurs conseillers membres de leurs comités exécutifs sur les principaux changements annoncés par le PL15 touchant les conseils professionnels, notamment le CM, et ont eu la chance de s'exprimer sur le sujet.

- **1^{re} consultation** : sondage de 48 questions portant sur des données contextuelles et tous les changements annoncés entourant les CM. Période de consultation : du 4 au 13 avril 2023. **Résultats** : 25 / 30 CM membres de l'ACMQ ont répondu au sondage soient, 138 conseillers membres des comités exécutifs se sont prononcés sur un potentiel de 300 conseillers membres des comités exécutifs des 30 CM membres de l'ACMQ. Déjà, le sondage révélait :

- 64 % des répondants ont nommé ne pas vouloir que le CM soit scindé en deux entités. 20 % se disaient en accord puis, 16 % pas d'opinion encore (recommandation 6);
- 84 % des répondants ont dit vouloir que le CM (unifié ou non) puisse relever (être imputable) d'une autre instance que la DSM et le conseil interdisciplinaire, soit : 40 % des répondants disaient vouloir relever du PDG, 28 % du conseil d'établissement (CÉ) et 16 % « autre » (recommandation 5);
- 56 % des répondants étaient déjà d'accord avec la venue du nouveau conseil interdisciplinaire. 24 % n'étaient pas d'accord et 20 % pas d'opinion encore;
- 80 % des répondants souhaitaient que l'ACMQ puisse faire des représentations pour faire préciser dans la Loi, la liste des professions/titres d'emplois de référence lié au libellé suivant : "(...) liées directement aux services de santé; (...) liées directement aux services sociaux" (lié à la section « *Éléments à clarifier* » du mémoire);
- 100 % des répondants souhaitaient que les CM puissent bénéficier des conditions d'exercices nécessaires à la réalisation de leurs responsabilités (recommandation 10).

- **2^e consultation** : rencontre virtuelle type « focus groupe » via les présidents des CM. Rencontre tenue le 17 avril 2023. L'objectif de cette consultation a été de faire état des résultats du sondage et de permettre l'échange entre tous afin d'apporter une profondeur aux résultats et susciter réflexion et repositionnement au besoin. **Résultat** : 29/30 CM (via leurs présidents) ont été présents à cette rencontre et ont eu la possibilité d'exprimer leur point de vue (représentant le point de vue des membres de leur comité exécutif ainsi que de leurs membres CM tenant compte de leur réalité locale).

- **3^e consultation** : sondage de 10 questions portant sur les enjeux principaux retenus pour discussion lors de la rencontre virtuelle. Les autres enjeux ayant fait l'objet de consensus déjà, nous n'avons pas répété les questions. Période de consultation : du 24 au 27 avril 2023. **Résultats** : 23 / 30 CM ont répondu au sondage dans ce très court délai donné.

- 96 % des répondants souhaitent qu'il y ait des précisions dans la Loi concernant les membres du CM (recommandation 11);
- 96 % des répondants souhaitent que le CM relève du PDG (recommandation 5);
- 78 % des répondants souhaitent qu'il n'y ait pas de scission du CM (recommandation 6);
- 100 % des répondants souhaitent que les présidents des conseils professionnels (ou la personne qu'ils désignent), soient nommés d'office sur le conseil interdisciplinaire (recommandation 9);
- 91 % des répondants souhaitent que la composition des membres du conseil interdisciplinaire inclue le principe de "tous directeurs concernés et pertinents" selon les enjeux traités et non que le directeur médical (recommandation 9);
- 91 % des répondants sont en accord avec l'intégration d'un usager partenaire dans le comité interdisciplinaire (recommandation 9);
- 91 % des répondants souhaitent l'ajout des comités interdisciplinaires dans la Loi au même titre que les comités de pairs (recommandation 12).

Toutes consultations confondues, ce sont les 30 CM via leurs comités exécutifs et leurs présidents, dans un délai très court, qui ont pu avoir la chance de s'exprimer et qui ont participé à la vaste consultation de l'ACMQ sur le PL15 et la place des CM.

Cela permet ainsi le dépôt de nos 12 recommandations faisant état du point de vue de nos membres, ceux concernés par les changements annoncés, quant aux enjeux touchant les CM et les conseils professionnels en général.

Nuances entre un conseil multidisciplinaire (CM) et une direction des services multidisciplinaires (DSM)

Le rôle et les responsabilités ainsi que la posture d'un conseil professionnel comme le CM et celui d'une Direction des services multidisciplinaires sont différents et donc n'ont pas à être de pair. Il est tout à fait possible d'avoir un CM et 2 DSM s'il y a lieu (Direction des services multidisciplinaires des services sociaux et Direction des services multidisciplinaires des services de santé).

Que cela soit via la création de ces 2 directions qualité distinctes ou encore de diviser *l'opérationnel* du volet *qualité* de la DSM actuelle, ces possibilités ne limitent en rien que le CM ne soit pas scindé en deux, comme le projet de loi le propose pour les DSM.

Dans tous les cas, la Loi devrait prévoir les moyens et les ressources humaines et financières nécessaires pour que ces *directions qualité* puissent accomplir leur mandat en termes de soutien et d'encadrement clinique auprès des techniciens et des professionnels qui sont membres des CM.

En terminant, nous demeurons à votre entière disposition pour discuter plus longuement du sujet ou tout autre point pouvant préciser les recommandations émises dans notre mémoire, dans ce complément d'information ou toute autre question touchant le positionnement stratégique des conseils professionnels, notamment celui des CM.

Espérant le tout contributif à votre réflexion, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, nos plus sincères salutations.

La présidente,



Marie-Andrée Périgny

p. j. Annexe 1 – ACMQ - Graphique – Estimation du nombre des membres d'un conseil multidisciplinaire (mai 2023)

Annexe 2 – ACMQ - Arbre décisionnel

Annexe 3 – ACMQ - Membres d'un conseil multidisciplinaire et définition de la composition d'un conseil multidisciplinaire

Annexe 4 – ACMQ – Mémoire « *Pour un recadrage stratégique des conseils professionnels du réseau de la santé et des services sociaux* ».

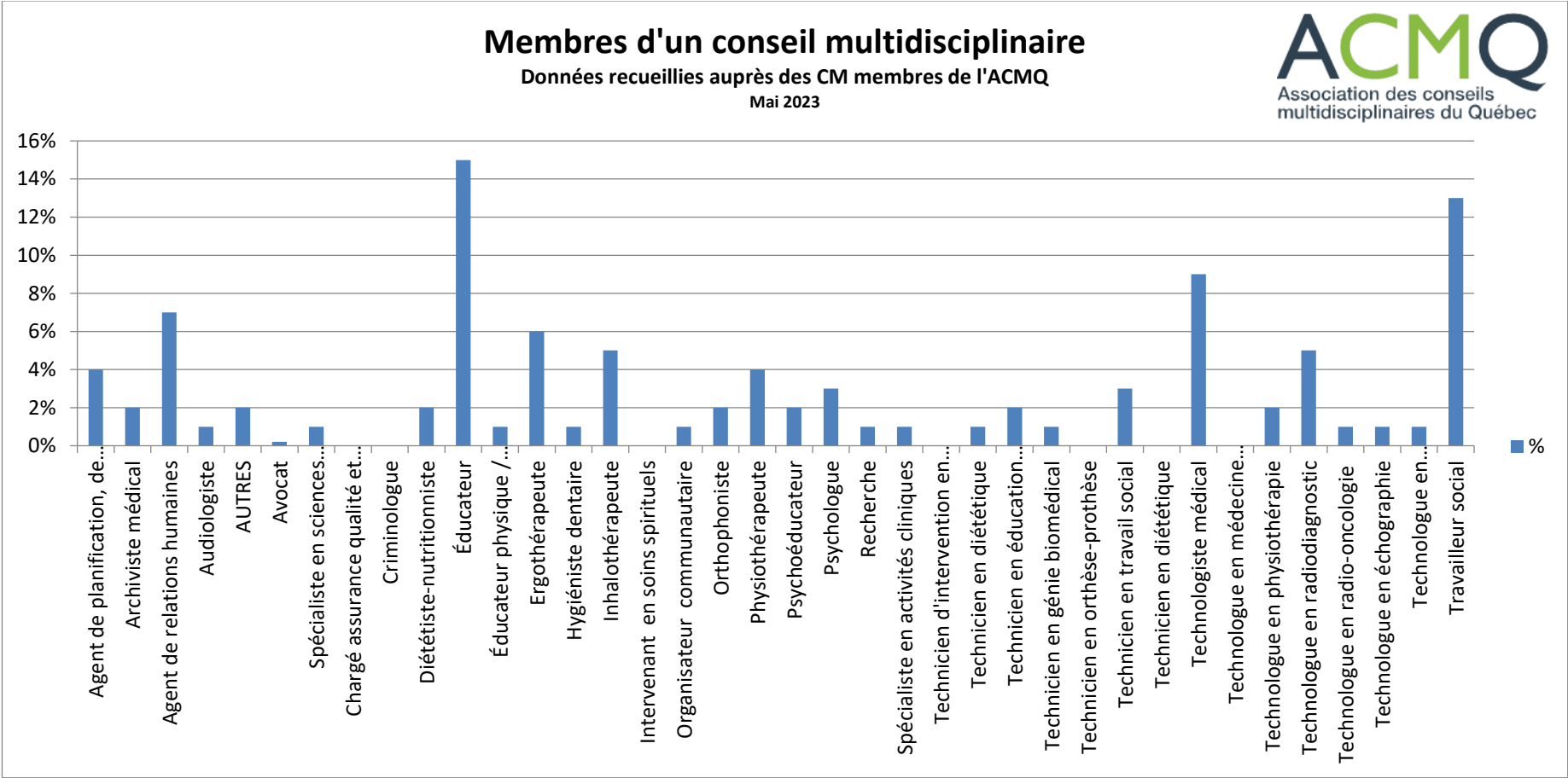
Annexe 5 – ACMQ – Recommandations PL15

c. c. M. Christian Dubé, ministre de la Santé

M. André Fortin, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé

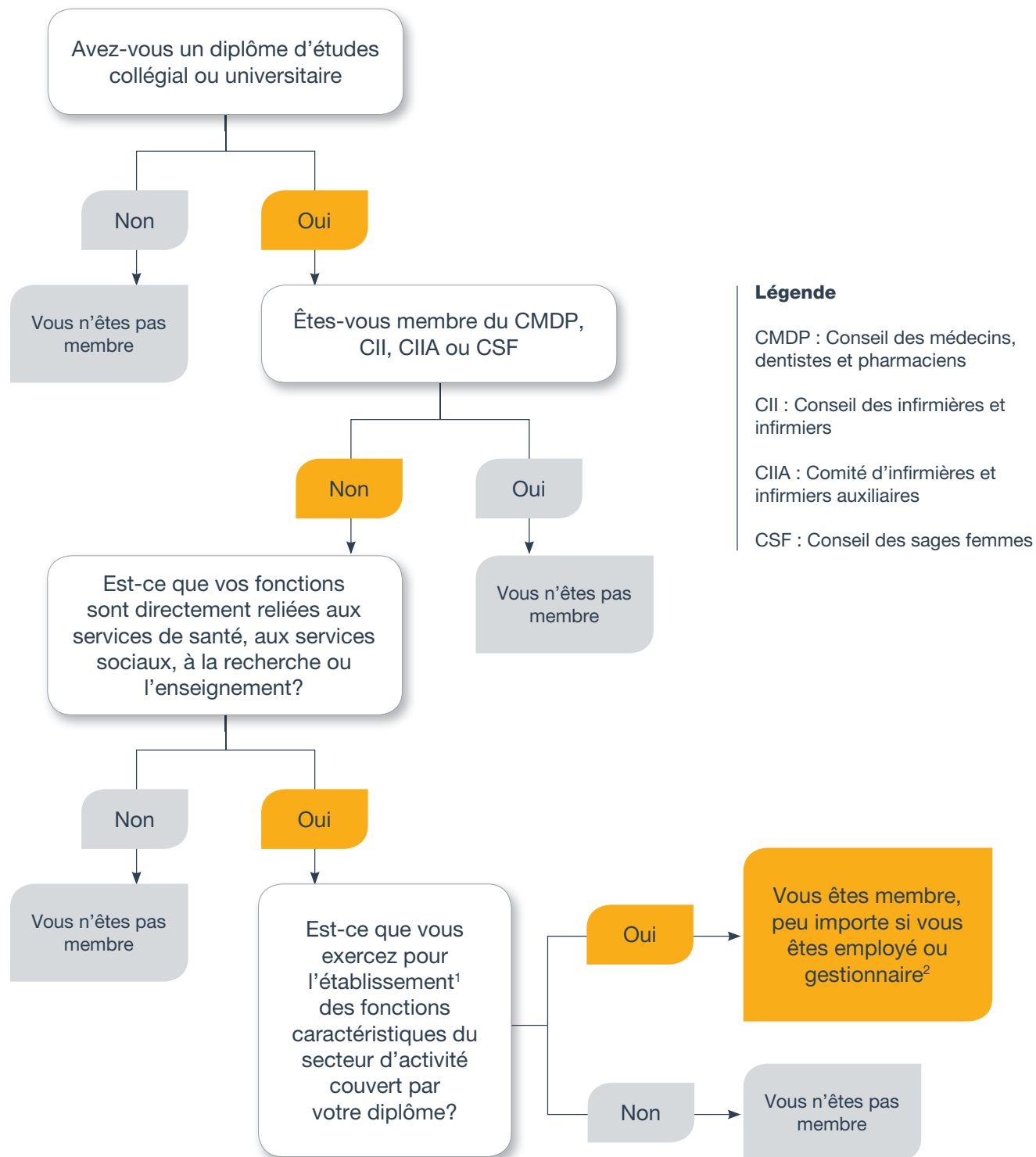
M. Vincent Marissal, porte-parole de la deuxième opposition en matière de santé

M. Joël Arseneau, porte-parole de la troisième opposition en matière de santé



ARBRE DÉCISIONNEL

Pour l'appartenance au conseil multidisciplinaire



¹ Doit être employé de l'établissement.

² Une approche davantage inclusive est à favoriser.

Membres d'un conseil multidisciplinaire (CM)

Définition de la composition d'un CM selon l'article 226 de la LSSSS et de l'article 154 du projet de loi 15 – Confusion dans l'interprétation de la loi et impacts sur les CM membre de l'ACMQ

Art.226 de la LSSSS

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

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

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

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

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

Art.154 du projet de Loi 15

Art. 154 Le conseil interdisciplinaire est composé d'un nombre égal de personnes appartenant à chacune des catégories suivantes :

1° les médecins qui exercent leur profession au sein de l'établissement;

2° les infirmières et les infirmiers qui exercent leur profession au sein de l'établissement;

3° les personnes, autres que celles visées aux paragraphes 1° et 2°, titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire exerçant, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activités visé par ce diplôme et liées directement aux services de santé;

4° les personnes, autres que celles visées aux paragraphes 1°, 2° et 3°, titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire exerçant, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activités visé par ce diplôme et liées directement aux services sociaux.

Outre le fait que dans le deuxième libellé (du PL15) le CM est défini via un article de loi d'un autre conseil « du conseil interdisciplinaire », ce qui en l'occurrence nous apparaît être un manque de reconnaissance de l'identité en soi d'un CM dans la loi, nous nous questionnons sur la signification et l'interprétation qu'en fait le législateur des mots soulignés en gras, de part et d'autre des 2 libellés. Pour vous illustrer la confusion actuelle et l'importance de clarifier l'interprétation du législateur, voici quelques interprétations possibles :

1. (...) d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire (...)

Parle-t-on ici d'un diplôme terminal de niveau collégial et de niveau universitaire ? Ce qui signifierait que le diplôme donne à la personne « un titre professionnel » lié à ses études. Comme par exemple, une personne terminant ses études de niveau collégial en éducation spécialisée, devrait porter le titre de « technicienne en éducation spécialisée » ou encore, une personne ayant ses études universitaires terminales en psychoéducation devrait porter le titre de « psychoéducateur » (s'il est

membre de son ordre professionnel, bien sûr). Si tel est le cas, qu'en est-il de tous les titres d'emplois qui ne font pas référence à proprement parlé de leur « titre professionnel » ? Comme par exemple : « réviseur » (titre d'emploi utilisé à la Direction de la protection de la jeunesse), spécialiste d'activités cliniques (titre d'emploi pouvant être exercé par plusieurs professionnels de profession différentes ou encore, « agent de planification, de programmation et de recherche » (titre d'emploi utilisé par plusieurs professionnels également).

2. (...) des fonctions caractéristiques (...)

Parle-t-on ici d'une personne qui, par exemple, fait ses études terminales en ergothérapie et exerce « des fonctions » d'ergothérapeute, fonctions caractéristiques à ses études en ergothérapie? Si tel serait le cas, qu'en est-il par exemple du titre d'emploi « agent de planification et de programmation et recherche (APPR) » si, la personne qui occupe ce poste a des études terminales en travail social ? Exerce-t-elle des fonctions caractéristiques du secteur d'activités visé par son diplôme? Qu'en est-il pour une personne ayant fait ses études en criminologie mais qui a un titre d'emploi d'agent de relations humaines (ARH) ?

3. (...) directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement.

Le terme « directement » ici porte à confusion. Signifie-t-il que le membre CM doit être un technicien ou un professionnel offrant une prestation de service directement auprès des usagers? Ou plutôt, que cela signifie que les fonctions de la personne liées à ses études terminales, soient en lien avec ce qui est considéré comme étant des services « de santé » et des services « sociaux », en lien avec ce qui est considéré de la recherche et l'enseignement ? Qui plus est, que ce soit l'un ou l'autre ou encore issue d'une autre interprétation, nous considérons qu'il faudrait que la loi clarifie ce qu'elle entend et inclut comme étant « des services de santé » et « des services sociaux ». Cela aiderait grandement à lever le voile de la confusion qu'il y a actuellement pour tous les CM du Québec ainsi qu'au niveau de l'ACMQ à cet égard. Si nous souhaitons bien soutenir nos membres CM, nous nous devons d'être au clair avec cette confusion qui perdure.



***Pour un recadrage stratégique des conseils professionnels
du réseau de la santé et des services sociaux***

**Mémoire de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec
(ACMQ)**

**présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le
cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le
projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de
services sociaux plus efficace***

Mai 2023

Sommaire

Ce mémoire est déposé dans le cadre des consultations particulières de la Commission de la santé et des services sociaux à l'égard du [projet de loi n° 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace](#) (PL15, ci-après), et s'adresse notamment au ministre de la Santé, M. Christian Dubé.

Le dépôt de ce dernier, avec la création de Santé Québec, interpelle directement l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ci-après ACMQ). En effet, le projet de loi constitue un changement de paradigme dans le milieu de la santé et des services sociaux et aura un impact direct sur la gestion participative de l'ensemble des techniciens et professionnels du réseau.

L'ACMQ favorise la qualité des services, la collaboration interprofessionnelle, l'efficience dans la réalisation des travaux des conseils multidisciplinaires (ci-après CM) et la promotion et la reconnaissance des innovations en matière de qualité et d'organisation des services de santé et des services sociaux dispensés à la population par les professionnels et les techniciens du réseau.

Les CM ont vu le jour en 1991, lors de la révision de la [Loi sur la santé et les services sociaux](#) (ci-après LSSSS) qui s'est tenue dans la foulée du rapport Rochon (1988). L'ACMQ fut créée en 1996 en vue de faciliter l'échange d'informations et la collaboration entre les CM des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

Les modifications annoncées dans le PL15 laissent présager un changement de culture et de vision. Nous croyons que nous en sommes effectivement à un moment charnière de l'histoire du réseau de la santé et des services sociaux (ci-après RSSS). L'ACMQ est d'avis que la santé n'appartient pas seulement au ministère mais à toute la collectivité, tant en lien avec les municipalités, le milieu scolaire et communautaire – dans une perspective de gestion locale en fonction des caractéristiques respectives et singulières de toutes les régions administratives du Québec.

L'ACMQ est favorable à l'esprit du PL15. Elle dispose de toute la flexibilité et la pertinence nécessaire pour se retrouver aux premières loges de ce changement de paradigme en matière de santé et de services sociaux.

Recommandation 1 : Que les parlementaires et le gouvernement du Québec reconnaissent l'importance de la contribution, de l'expertise et de l'implication des techniciens et professionnels du terrain via les conseils multidisciplinaires dans les établissements de santé et de services sociaux dans l'intégralité des régions en lien avec la réforme proposée par le projet de loi.
--

Table des matières

Sommaire	2
Présentation de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec	4
Notre compréhension des objectifs du gouvernement	6
En appui aux grands objectifs du projet de loi	7
Des enjeux fondamentaux pour les conseils multidisciplinaires	8
Des améliorations à apporter au projet de loi	10
Éléments à clarifier	16
Liste des recommandations	18
Remerciements	20
Initiatives et représentations de l'ACMQ	21

Présentation de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec

L'ACMQ est un organisme sans but lucratif. Nous formons une association qui regroupe une trentaine de CM représentant plus de 76 000 techniciens et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, principalement dans les domaines de la prévention, de la réadaptation, des services psychosociaux, de la santé physique, de la recherche et de l'enseignement.

Soutenue par les valeurs de collaboration, de dynamisme et d'engagement, l'ACMQ a pour mission de soutenir, représenter et positionner les CM du Québec, en tant qu'acteurs incontournables du RSSS.

Les 3 grandes orientations de l'ACMQ visent à :

- Développer et consolider les compétences de gouvernance des conseils exécutifs des CM;
- Contribuer aux grands enjeux du réseau touchant la qualité et l'organisation des soins et services;
- Agir en tant qu'ambassadeur de la collaboration interprofessionnelle.

Forte de son leadership en matière de collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire, l'ACMQ :

- Suscite auprès de ses membres le partage des connaissances, expertises et outils leur permettant de remplir leurs mandats reliés à la qualité des services offerts à la population dans le RSSS;
- Fournit le soutien nécessaire à leur développement afin qu'ils puissent remplir leurs obligations dévolues par la LSSS;
- Offre diverses activités de formation aux CM et fournit un service de soutien et d'assistance aux questionnements des CM;
- Réalise également des consultations élargies auprès des CM concernant des enjeux reliés à la qualité des services offerts à la population dans un cadre de promotion de la collaboration interprofessionnelle;
- Représente les CM auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après MSSS) et auprès de toute autre instance d'intérêt;
- Favorise la création de comités interdisciplinaires provinciaux (ci-après CIP), notamment en vue d'être le plus représentatif possible dans ses démarches d'influence auprès des instances gouvernementales et ministérielles, en favorisant l'apport des techniciens et professionnels membres CM à travers le Québec.

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

Notre compréhension des objectifs du gouvernement

L'objectif du gouvernement du Québec avec le PL15 est de mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace, en facilitant l'accès à des services sécuritaires et de qualité. Cette réforme souligne également l'importance de renforcer la coordination des différentes composantes du réseau tout en rapprochant les décisions des communautés qui sont liées à l'organisation et à la prestation des services aux usagers.

Les quatre grands axes du PL15 sont :

- 1- Revenir à une gestion de proximité;
- 2- Améliorer l'accès aux services de santé et de services sociaux;
- 3- Être à l'écoute des usagers;
- 4- Création de Santé Québec (indépendant du MSSS).

Le PL15 prévoit le transfert de nombreuses responsabilités du ministère de la Santé vers Santé Québec, laquelle sera sous la gouverne de la [Loi sur la gouvernance des sociétés d'État](#). Le PL15 constitue un élément clé du [Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé](#), présenté en mars 2022.

Ainsi, le libellé de l'article 1 du projet de loi est fort instructif et sert de base à notre compréhension de ce dernier :

*La présente loi a pour objet de mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace, notamment en facilitant l'accès à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en **rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services.***

À cette fin, la loi institue Santé Québec et la charge entre autres d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics ainsi que d'encadrer et de coordonner l'activité des établissements privés et de certains prestataires de services du domaine de la santé et des services sociaux.

*Elle établit également des règles relatives à l'organisation et à la gouvernance des établissements **qui permettent une gestion de proximité et favorisent une plus grande fluidité des services.***

Dans cette optique, nous voulons faire en sorte que le projet de loi soit optimal à tous les niveaux pour les usagers qui nécessitent des soins et des services de nos professionnels. Par souci de cohérence, notre expertise doit être mise au service de la population.

En appui aux grands objectifs du projet de loi

L'Association se montre favorable vis-à-vis des intentions incarnées dans le PL15. Indéniablement, nous sommes en accord avec la volonté exprimée de rendre le RSSS plus efficient, plus accessible tout en assurant l'amélioration des soins de santé et des services sociaux.

Nous accueillons positivement l'inclusion dans le vocabulaire politico-médiatique et dans la structure du RSSS les termes « services sociaux » puisque pour la plupart des gens, lorsque nous parlons de notre système de santé, nous pensons intuitivement aux « soins physiques », aux médecins, aux infirmières et aux urgences. Le RSSS comprend aussi tous les grands volets de la prévention et de la santé mentale – pour ne nommer que ceux-là – pour contribuer à la santé générale des usagers et de la population.

Nous sommes évidemment en accord avec le concept d'interdisciplinarité du PL15. Nous sommes une organisation organiquement constituée d'une myriade de disciplines issues de plus de 60 professions et titres d'emplois différents, principalement dans les domaines de la réadaptation, des services psychosociaux, de la santé physique, de la recherche et de l'enseignement. L'ACMQ favorise la qualité des services, la collaboration interprofessionnelle, l'efficience dans la réalisation des travaux des conseils multidisciplinaires et la promotion et la reconnaissance des innovations en matière de qualité et d'organisation des services de santé et des services sociaux dispensées à la population par les professionnels et les techniciens du réseau.

Recommandation 2 : Que le principe du projet de loi soit adopté, incluant ses objectifs d'efficacité, et de considération juste de l'expertise clinique qu'il contient, conditionnellement à l'adoption de certains amendements visant à prendre en considération l'expertise des conseils multidisciplinaires et des professionnels.

Des enjeux fondamentaux pour les conseils multidisciplinaires

L'angle mort de l'expertise terrain des professionnels du réseau dans le débat public sur le projet de loi

En tant que rouage essentiel des services directs à la population, les CM permettent aux professionnels du terrain d'exprimer leur voix directement aux administrateurs, pour influencer positivement les décisions quant aux services offerts et les meilleures pratiques à mettre de l'avant.

Il est inconcevable de penser faire fi de leur expertise pour mener à bien cette réforme, aussi indispensable soit-elle. D'autant plus que nous souhaitons contribuer à l'atteinte des objectifs fixés dans le projet de loi, et ce, dans l'intérêt des usagers et de la population en général.

Indépendance de Santé Québec vis-à-vis du ministre et du ministère dans la gouvernance clinique : un vœu pieu?

En conformité avec l'axe 1 et l'axe 3 du PL15, soit « revenir à une gestion de proximité » et « être à l'écoute des usagers », l'ACMQ soutient que la réforme du système de santé doit se concrétiser sous l'angle de la décentralisation des opérations et de la gouvernance clinique dans une perspective locale de « terrain ». Nous souhaitons ainsi que le PL15 consacre l'indépendance de la gouvernance clinique nationale et locale au sein de Santé Québec et de ses établissements, vis-à-vis du ministre et du Ministère.

Un conseil multidisciplinaire responsable et lien direct avec le président-directeur général

Le CM formule des avis et des recommandations au président-directeur général et au conseil d'administration de l'établissement de santé sur notamment les moyens à prendre pour améliorer la qualité des services, l'organisation des services et les compétences des membres qu'il représente. L'objectif est de favoriser une plus grande adaptabilité, flexibilité et rétroaction de manière à ce que les solutions soient adaptées au milieu de même qu'à la culture et mises en place rapidement. En somme, les CM permettent aux professionnels du terrain d'exprimer leur voix directement aux administrateurs, afin d'influencer les décisions quant aux services offerts et les meilleures pratiques à mettre de l'avant. Le CM doit relever directement du président-directeur général – dans une optique de posture de conseil stratégique.

La scission du conseil multidisciplinaire en deux entités

La création d'une nouvelle instance qui divise par domaine de profession n'est pas cohérente avec l'interdisciplinarité tant souhaitée et viendrait briser le fonctionnement en cours d'atteinte d'une belle maturité. Nous connaissons la valeur des réflexions que chacun des groupes apporte autour de la table. Nous voulons rester unis, car nous connaissons la richesse de nos échanges. Pour nous, nous séparer constituerait un recul. Notre intelligence collective passe par notre diversité d'expérience, de titre d'emploi et de secteur d'activité afin de bien jouer notre rôle-conseil.

Représentativité numérique du conseil multidisciplinaire au sein du conseil interdisciplinaire

Nous estimons toutefois que la représentativité numérique du CM au CI proposée au PL15, en cumulant la représentation des volets « santé » et « services sociaux » et en maintenant leur nombre égal entre eux représentant plus particulièrement les domaines de la réadaptation, du psychosocial et de la santé physique doit être maintenue. Tel que mentionné plus haut, les CM représentent plus de 60 professions et titres d'emplois différents. Conséquemment, cette hétérogénéité professionnelle doit s'incarner par une plus grande représentativité au CI, en considération de toutes ces richesses - entre les deux volets - ainsi qu'entre tous les conseils professionnels.

Ressources et financement du conseil multidisciplinaire

Nous sommes d'avis que le PL15 doit prévoir que tous les conseils professionnels, incluant le conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique, bénéficient des conditions d'exercices nécessaires à la réalisation de leurs responsabilités en termes d'heures de libérations dédiées et d'un budget d'opération, et que cela soit déterminé par Santé Québec.

Des améliorations à apporter au projet de loi

Scission du conseil multidisciplinaire en deux volets

Le projet de loi tel que présenté actuellement propose la scission des conseils multidisciplinaires en deux catégories : d'un côté les professionnels de la santé et, de l'autre, les professionnels en services sociaux.

Nous sommes d'avis que les enjeux et les impacts liés à la scission du CM en deux entités, soit conseil multidisciplinaire des services de santé et conseil multidisciplinaire des services sociaux – auraient davantage d'effets négatifs que le maintien en une seule entité. Cela se traduirait invariablement par une dissolution importante de la multidisciplinarité et de la complémentarité des connaissances qui amènent une vision complète de la santé de l'utilisateur. Cette division entraînerait aussi des enjeux au niveau du recrutement dans l'exécutif, difficultés déjà présentes dans le CM dans sa forme actuelle (deux instances à combler).

Il y aurait moins d'échange et de collaboration entre les professionnels de ces deux volets qui se parlent, se connaissent et interagissent déjà au sein du CM actuel. Cette division pourrait se traduire par un déficit de collaboration ainsi que par une perte importante de partage d'expertise dans les discussions et les recommandations du CM.

De ce fait, le maintien du libellé actuel de la LSSS est souhaitable :

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

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

Recommandation 6 : Que la scission en deux entités du conseil multidisciplinaire prévue dans le projet de loi – conseil multidisciplinaire des services de santé et conseil multidisciplinaire des services sociaux – soit rejetée par les parlementaires et que le conseil multidisciplinaire demeure en une seule entité, comme stipulé actuellement dans la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*.

Gouvernance clinique et Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique

Le projet de loi tel que présenté actuellement propose que tous les conseils professionnels, notamment le CM, émettent désormais leurs avis et recommandations au *conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique* (CI), – lequel inclura médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières et des représentants de ces deux conseils multidisciplinaires. Ce CI serait dorénavant la principale instance mandatée à faire directement des recommandations au PDG d'un établissement de santé.

Les deux nouvelles instances - volets « santé » et « services sociaux » - seraient également subordonnées au CI, lequel inclura médecins, dentistes et infirmières.

En regard du CI, nous sommes fondamentalement d'avis que chaque conseil professionnel, que ce soit le conseil des infirmières et des infirmiers (ci-après CII), le conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (ci-après CMDP), le conseil des sage-femmes (ci-après CSF) et le CM – comme stipulé dans la LSSS, devrait pouvoir poursuivre ses activités de manière indépendante et que le président-directeur général puisse y siéger d'office. Nous sommes d'avis que le CI devrait assurément être une instance où les grands enjeux transversaux de qualité et d'organisation de services puissent être traités pour l'ensemble des professionnels qui œuvre dans l'établissement de santé.

Il ne faut absolument pas substituer la posture stratégique des conseils professionnels au profit de ce nouveau CI, puisque nous sommes d'avis que tous devraient y être.

Cela dit, le CI vient officialiser dans la structure un lieu de concertation entre les professionnels, dans des situations plus complexes où l'on peut avoir besoin de partager une intégration élevée des savoirs professionnels, avec des objectifs communs et pouvoir aligner nos interventions dans la même direction, avec un plan cohérent et commun.

Recommandation 7 : Malgré la recommandation précédente, que soit maintenue la représentativité numérique du conseil multidisciplinaire proposée au projet de loi au sein du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique, en cumulant la représentation des volets « santé » et « services sociaux » et en maintenant leur nombre égal entre eux représentant plus particulièrement les domaines de la réadaptation, du psychosocial et de la santé physique.

Recommandation 8 : Que soit clairement distingué, à l'article 254 du projet de loi, le conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique du comité exécutif du conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique.

Recommandation 9 : Que l'exécutif du conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique de l'établissement de santé, en plus de la représentativité à parts égales des membres des conseils professionnels – soit d'office composé du président de chacun des conseils, ou de la personne qu'il désigne; des directeurs concernés; de deux membres issus du milieu scientifique et d'un usager partenaire.

Lien direct avec le président-directeur général et Direction des services multidisciplinaires

Nous sommes particulièrement interpellés par les articles 270 et 279 du PL15, qui stipulent que :

270. Les fonctions du conseil multidisciplinaire des services de santé sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins trois personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels différents, élues par et parmi les membres du conseil, du directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé et du président-directeur général de l'établissement. Le comité exécutif dispose des pouvoirs du conseil multidisciplinaire des services de santé nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Il supervise et coordonne les travaux des autres comités du conseil, le cas échéant.

[...]

Le directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé veille au bon fonctionnement des comités du conseil et s'assure que le conseil apprécie adéquatement la pratique de ses membres au sein de l'établissement.

279. Les fonctions du conseil multidisciplinaire des services sociaux sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins trois personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels différents, élues par et parmi les membres du conseil, du directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux et du président-directeur général de l'établissement.

[...]

Le directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux veille au bon fonctionnement des comités du conseil et s'assure que le conseil apprécie adéquatement la pratique de ses membres au sein de l'établissement.

En ce qui concerne singulièrement le CM, nous croyons que ceux-ci doivent relever directement du président-directeur général de l'établissement de santé, et non de la Direction des services multidisciplinaire (ci-après DSM). Les CM sont des instances « conseils » et représentent le meilleur reflet de ce qui se passe dans les activités cliniques, vu et perçu par les professionnels du terrain comme stipulé actuellement à l'article 227 et 228 de la LSSS :

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

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

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

*3° d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.
Le conseil multidisciplinaire doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.*

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

1° l'organisation scientifique et technique du centre;

2° les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;

3° toute autre question que le directeur général porte à son attention.

L'ACMQ est favorable à l'affiliation fonctionnelle du CM à la DSM mais il est important que le rattachement hiérarchique au président-directeur général soit maintenu. *A contrario*, nous nous éloignerions des décisions prises concernant la qualité et la pertinence de l'organisation des services. Les CM sont des instances stratégiques pouvant et devant exercer leur rôle auprès des instances décisionnelles et y contribuer en portant la voix et la vision des professionnels du terrain, de ceux qui offrent les services aux usagers.

Qui plus est, le rattachement à la DSM risquerait de se traduire par des situations délicates. En effet, le CM ne serait plus considéré neutre et libre de faire des recommandations liées aux enjeux perçus et vécus sur le terrain - car si une recommandation doit être faite à la DSM, celle-ci n'a pas de pouvoir décisionnel sur les autres directions, elle est au même pied d'égalité.

Les CM ne doivent pas devenir un sous-comité du CI pour continuer d'assurer son rôle de conseiller auprès du président-directeur général, aviseur au même titre que le CI.

Nous réitérons que les CM sont des aviseurs et exercent un rôle de conseiller dans une posture spécifique stratégique. À l'instar du ministre Dubé, nous croyons que l'information du « terrain » doit se rendre plus fluidement au président-directeur général. L'objectif fondamental doit demeurer, soit celui 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.

Les conseils multidisciplinaires font office de filtre réel des recommandations des professionnels de la santé auprès du président-directeur général de leur établissement. De toute évidence, il faut préserver une continuité dans le modèle actuel de consultation.

Gouvernance spécifique de Santé Québec

Il est certain que la réforme provoquera un besoin de coordination du réseau dans la gestion de grands changements pour donner les orientations. Élément phare du PL15, la création de Santé Québec (axe 4 du PL15) – indépendante du MSSS, suscite une certaine ambivalence au sein de notre organisation. Nous devons à tout prix éviter que la nouvelle structure se manifeste de façon centralisatrice, et qu'elle entre en contradiction avec la gestion de proximité (axe 1 du PL15). Nous croyons fermement que chaque établissement de santé doit demeurer agile et flexible, en phase avec la réalité du terrain. Il faut se soustraire à toute forme de standardisation et laisser la place à l'innovation. La gouvernance clinique doit demeurer « locale », son application peut différer d'une région à l'autre en raison de cultures différentes. La gouvernance clinique doit demeurer le plus près possible des usagers d'un territoire donné.

Recommandation 4 : Qu'il soit prévu au projet de loi une plus grande représentativité dans les domaines de la réadaptation, du psychosocial et de la santé physique au sein du conseil d'administration de Santé Québec et au comité national de vigilance et de la qualité.

Recommandation 5 : Que le conseil multidisciplinaire d'un établissement de santé relève et demeure directement responsable vis-à-vis du président-directeur général et non pas du comité interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique ni de la direction des services multidisciplinaires et qu'il puisse faire rapport annuellement au président-directeur général de l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

Comités de pairs et comité interdisciplinaire

Dans une optique d'interdisciplinarité et d'efficience, l'ACMQ est favorable au maintien du principe de « comité de pairs », dans le PL15. La LSSS stipule actuellement que :

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

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

Nous souhaitons ainsi que soit compris dans le PL15 l'intégralité de nos mandats au CM – du volet « santé » et du volet « services sociaux » ainsi qu'un troisième mandat sur la trajectoire des services.

Recommandation 12 : D'introduire dans les articles 267 et 276 du projet de loi – respectivement pour le volet « santé » et pour le volet « services sociaux », un troisième mandat du conseil multidisciplinaire – sur la trajectoire de services – dont le libellé serait « *De constituer, chaque fois que cela est requis, les comités interdisciplinaires nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins et services* ».

Éléments à clarifier

La recherche au sein du conseil multidisciplinaire

L'article 226 de la LSSS stipule que :

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

À la lecture de l'article 154 du PL15, les personnes liées à la recherche et à l'enseignement dans le CM n'apparaissent pas dans la composition des membres de ce dernier. Cela nous apparaît problématique à plusieurs égards. Dans une perspective d'interdisciplinarité et d'intégration de la « recherche clinique », il est impératif de maintenir au sein des membres du CM les personnes liées à la « recherche et à l'enseignement ».

Au sens large, il faut clarifier et définir dans le projet de loi à qui fait référence le « **lié directement aux services** ».

La composition du conseil multidisciplinaire

Il existe une certaine ambiguïté quant à la composition des CM. En réalité, il s'agit d'un enjeu récurrent que vivent tous les membres des comités exécutifs des comités multidisciplinaires (ci-après CECM) : *mais qui sont donc nos membres ?* À l'heure actuelle, tous les membres des CECM perdent du temps précieux à vouloir clarifier qui sont tous les membres des CM. Il en résulte moins de temps imparti à la formulation de recommandation stratégique.

Nous sommes d'avis que cela doit être clairement défini et inscrit dans le PL15.

L'article 154 du PL15 illustre bien cette ambivalence :

[...]

*3° les personnes, autres que celles visées aux paragraphes 1° et 2°, titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire exerçant, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activités visé par ce diplôme et **liées directement aux services de santé**;*

*4° les personnes, autres que celles visées aux paragraphes 1°, 2° et 3°, titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire exerçant, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activités visé par ce diplôme et **liées directement aux services sociaux**.*

Recommandation 11 : De maintenir les personnes de la recherche et de l'enseignement à même la composition du conseil multidisciplinaire, comme stipulé actuellement dans la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* – et que soit clarifiée la composition du conseil multidisciplinaire dans le projet de loi.

Liste des recommandations

1. Que les parlementaires et le gouvernement du Québec reconnaissent l'importance de la contribution, de l'expertise et de l'implication des techniciens et professionnels du terrain via les conseils multidisciplinaires dans les établissements de santé et de services sociaux dans l'intégralité des régions en lien avec la réforme proposée par le projet de loi;
2. Que le principe du projet de loi soit adopté, incluant ses objectifs d'efficacité, et de considération juste de l'expertise clinique qu'il contient, conditionnellement à l'adoption de certains amendements visant à prendre en considération l'expertise des conseils multidisciplinaires et des professionnels;
3. Que l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec dispose d'un rôle consultatif reconnu auprès du conseil d'administration de Santé Québec;
4. Qu'il soit prévu au projet de loi qu'une plus grande représentativité dans les domaines de la réadaptation, du psychosocial et de la santé physique au sein du conseil d'administration de Santé Québec et au comité national de vigilance et de la qualité;
5. Que le conseil multidisciplinaire d'un établissement de santé relève et demeure directement responsable vis-à-vis du président-directeur général et non pas du comité interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique ni de la direction des services multidisciplinaires et qu'il puisse faire rapport annuellement au président-directeur général de l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent;
6. Que la scission en deux entités du conseil multidisciplinaire prévue dans le projet de loi – conseil multidisciplinaire des services de santé et conseil multidisciplinaire des services sociaux – soit rejetée par les parlementaires et que le conseil multidisciplinaire demeure en une seule entité, comme stipulé actuellement dans la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*;
7. Malgré la recommandation précédente, que soit maintenue la représentativité numérique du conseil multidisciplinaire proposée au projet de loi au sein du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique, en cumulant la représentation des volets « santé » et « services sociaux » et en maintenant leur nombre égal entre eux représentant plus particulièrement les domaines de la réadaptation, du psychosocial et de la santé physique;
8. Que soit clairement distingué, à l'article 254 du projet de loi, le conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique du comité exécutif du conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique;

9. Que l'exécutif du conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique de l'établissement de santé, en plus de la représentativité à parts égales des membres des conseils professionnels – soit d'office composé du président de chacun des conseils, ou de la personne qu'il désigne; des directeurs concernés; de deux membres issus du milieu scientifique et d'un usager partenaire;
10. Que le projet de loi prévoie que tous les conseils professionnels, incluant le conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique, bénéficient des conditions d'exercices nécessaires à la réalisation de leurs responsabilités en termes d'heures de libérations dédiées et d'un budget d'opération, et que cela soit déterminé par Santé Québec;
11. De maintenir les personnes de la recherche et de l'enseignement à même la composition du conseil multidisciplinaire, comme stipulé actuellement dans la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* – et que soit clarifiée la composition du conseil multidisciplinaire dans le projet de loi;
12. D'introduire dans les articles 267 et 276 du projet de loi – respectivement pour le volet « santé » et pour le volet « services sociaux », un troisième mandat du conseil multidisciplinaire – sur la trajectoire de services – dont le libellé serait « *De constituer, chaque fois que cela est requis, les comités interdisciplinaires nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins et services* ».

Remerciements

L'ACMQ représente une richesse au sein du RSSS et notre crédibilité n'est plus à démontrer. Nous sommes l'association la plus interdisciplinaire axée sur la collaboration interprofessionnelle.

Les recommandations présentées dans ce mémoire sont le fruit d'une vaste consultation auprès de tous les membres de l'ACMQ, soit auprès des 30 CM en provenance des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des Centre intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), des Centre hospitaliers universitaires (CHU) et des établissements non conventionnés – membres via leur président et de leur CECM. Plus de 140 conseillers parmi les 30 CM ont participé à trois consultations – représentant tous les techniciens et professionnels.

Un grand merci à toutes et à tous!

Initiatives et représentations de l'ACMQ

Parmi les initiatives et représentations menées par l'ACMQ au cours des dernières années, mentionnons notamment :

- Vaste consultation des CM en place à la suite du dépôt du projet de loi n° 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, et production du mémoire « *Avis et recommandations afin d'assurer aux conseils multidisciplinaires des établissements les ressources nécessaires à l'exécution de leurs mandats* » déposé à la Commission de la santé et des services sociaux (ci-après CSSS) (2014);
- Le projet de loi no° 99, *Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions*, en présentant, sur invitation de la CSSS, un mémoire « *Avis de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec* » (septembre 2016);
- Le transfert des professionnels des CISSS et CIUSSS vers les GMF, en présentant un avis et des recommandations au MSSS, aux présidents-directeurs généraux et aux conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux du Québec (février 2017);
- Les conditions d'exercices des CM, en produisant un avis « *Avis sur les conditions d'exercice du mandat légal des conseils multidisciplinaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec* » déposé au MSSS (février 2017);
- Le projet de centralisation des laboratoires Optilab, en présentant au MSSS un mémoire « *Avis concernant l'implantation du projet OPTILAB : Dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec* » (juin 2018);
- En collaboration étroite entre l'ACMQ, l'ACIIQ et l'ACMDPQ, présentation de la 1^{re} édition du Forum inter Association des conseils professionnels du Québec sous le thème « *Ensemble pour aller plus loin!* » (novembre 2019);
- Les droits des enfants et la protection de la jeunesse, en présentant un mémoire « *Pour un réel continuum de services en jeunesse : Place à la collaboration!* » dans le cadre de la Commission spéciale des droits des enfants et de la protection de la jeunesse puis, en participant aux audiences publiques à l'Assemblée nationale présidée par Mme Régine Laurent (décembre 2019);
- La gestion de la COVID-19 dans les CHSLD du Québec, en présentant un mémoire « *Un phare dans la tempête : La collaboration interprofessionnelle* » dans le cadre de

l'enquête du Protecteur du Citoyen sur la gestion de la COVID-19 dans les CHSLD du Québec (octobre 2020);

- Le déploiement des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI), en présentant un mémoire « *OCCI et Qualité : L'intelligence collective au service de l'amélioration continue* » au ministère de la Santé et des Services sociaux » (juin 2022).

Liste des recommandations

1. Que les parlementaires et le gouvernement du Québec reconnaissent l'importance de la contribution, de l'expertise et de l'implication des techniciens et professionnels du terrain via les conseils multidisciplinaires dans les établissements de santé et de services sociaux dans l'intégralité des régions en lien avec la réforme proposée par le projet de loi;
2. Que le principe du projet de loi soit adopté, incluant ses objectifs d'efficacité, et de considération juste de l'expertise clinique qu'il contient, conditionnellement à l'adoption de certains amendements visant à prendre en considération l'expertise des conseils multidisciplinaires et des professionnels;
3. Que l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec dispose d'un rôle consultatif reconnu auprès du conseil d'administration de Santé Québec;
4. Qu'il soit prévu au projet de loi qu'une plus grande représentativité dans les domaines de la réadaptation, du psychosocial et de la santé physique au sein du conseil d'administration de Santé Québec et au comité national de vigilance et de la qualité;
5. Que le conseil multidisciplinaire d'un établissement de santé relève et demeure directement responsable vis-à-vis du président-directeur général et non pas du comité interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique ni de la direction des services multidisciplinaires et qu'il puisse faire rapport annuellement au président-directeur général de l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent;
6. Que la scission en deux entités du conseil multidisciplinaire prévue dans le projet de loi – conseil multidisciplinaire des services de santé et conseil multidisciplinaire des services sociaux – soit rejetée par les parlementaires et que le conseil multidisciplinaire demeure en une seule entité, comme stipulé actuellement dans la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*;
7. Malgré la recommandation précédente, que soit maintenue la représentativité numérique du conseil multidisciplinaire proposée au projet de loi au sein du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique, en cumulant la représentation des volets « santé » et « services sociaux » et en maintenant leur nombre égal entre eux représentant plus particulièrement les domaines de la réadaptation, du psychosocial et de la santé physique;
8. Que soit clairement distingué, à l'article 254 du projet de loi, le conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique du comité exécutif du conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique;

9. Que l'exécutif du conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique de l'établissement de santé, en plus de la représentativité à parts égales des membres des conseils professionnels – soit d'office composé du président de chacun des conseils, ou de la personne qu'il désigne; des directeurs concernés de deux membres issus du milieu scientifique et d'un usager partenaire;
10. Que le projet de loi prévoie que tous les conseils professionnels, incluant le conseil interdisciplinaire des trajectoires et de l'organisation clinique, bénéficient des conditions d'exercices nécessaires à la réalisation de leurs responsabilités en termes d'heures de libérations dédiées et d'un budget d'opération, et que cela soit déterminé par Santé Québec;
11. De maintenir les personnes de la recherche et de l'enseignement à même la composition du conseil multidisciplinaire, comme stipulé actuellement dans la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* – et que soit clarifiée la composition du conseil multidisciplinaire dans le projet de loi;
12. D'introduire dans les articles 267 et 276 du projet de loi – respectivement pour le volet « santé » et pour le volet « services sociaux », un troisième mandat du conseil multidisciplinaire – sur la trajectoire de services – dont le libellé serait « *De constituer, chaque fois que cela est requis, les comités interdisciplinaires nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins et services* ».