



Commentaires des facultés de médecine du Québec sur la *Loi visant à rendre le système de santé et des services sociaux plus efficace*

Mémoire présenté par
la **Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec**
dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques
sur le projet de loi n° 15
de la Commission de la santé et des services sociaux
de l'Assemblée nationale du Québec

11 mai 2023

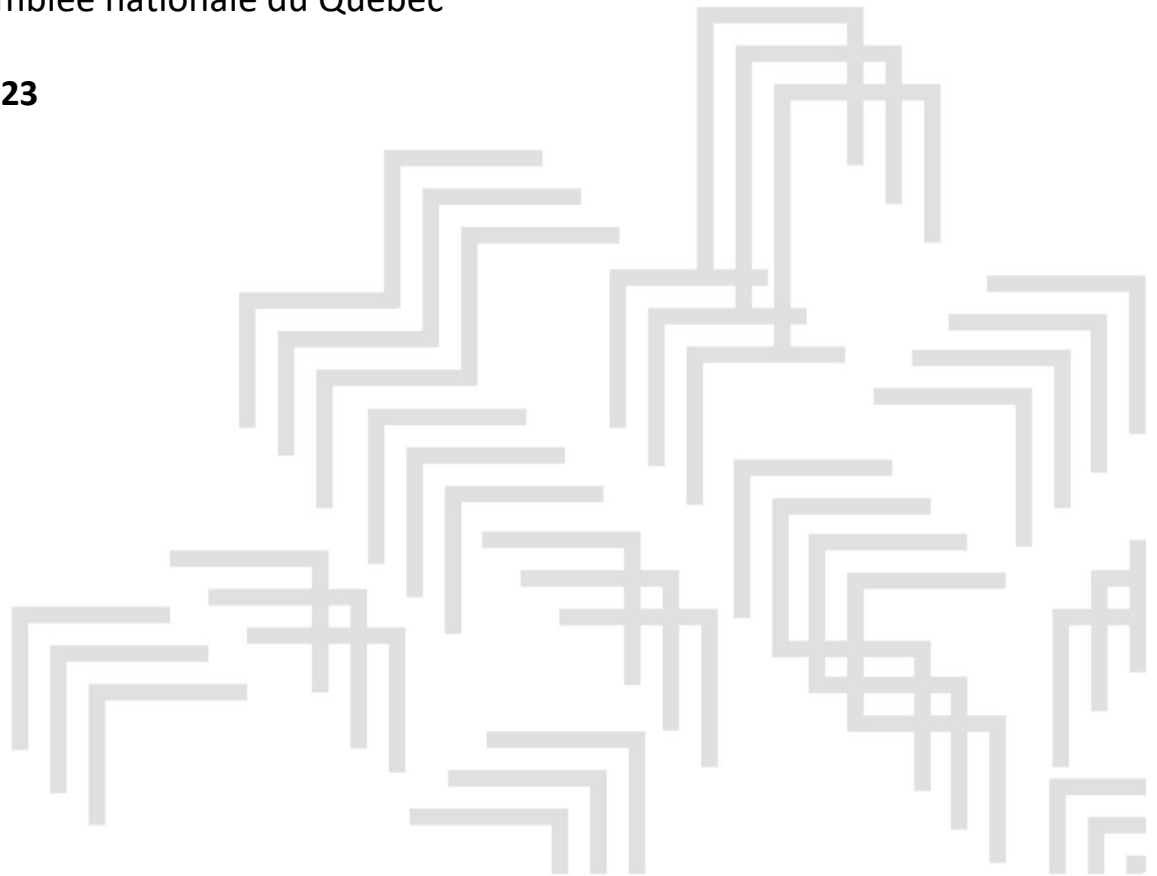


Table des matières

Introduction au positionnement général des facultés de médecine	1
1. Modifications proposées par le PL 15 (à titre de rappel)	2
2. Préoccupations concernant la mission universitaire dans les milieux cliniques.....	4
3. Préoccupations concernant la place accordée aux établissements universitaires dans les processus décisionnels	6
4. Préoccupations concernant les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux.....	8
5. Préoccupations concernant la mission de recherche dans les milieux cliniques.....	8
6. Préoccupations concernant la planification des effectifs médicaux.....	9

Présentation de la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec

Quatre universités québécoises sont dotées d'une faculté de médecine : l'Université Laval, l'Université McGill, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke.

Sous l'égide du Bureau de coopération interuniversitaire (BCI) et de son Comité des affaires médicales (MEDU), la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec (CDFM) regroupe les premiers dirigeants des quatre facultés de médecine québécoises.

Introduction au positionnement général des facultés de médecine

Les facultés de médecine assurent le développement et l'avancement des connaissances, de la science et de la recherche, dans les domaines de la médecine et d'autres disciplines de la santé. Elles sont les principales responsables de la formation de la relève dans les professions concernées. Elles sont soucieuses d'offrir une formation de la plus haute qualité possible et de s'acquitter de leur responsabilité sociale d'être au diapason des besoins de la société qu'elles servent et des différentes communautés qui la composent.

Les soins de santé, au Québec comme ailleurs, sont en constante évolution; les futurs médecins de même que tous les autres professionnels de la santé doivent, plus que jamais, être bien formés pour leur permettre de travailler et d'innover dans un réseau de la santé en transformation. Il est impératif que les universités, et notamment les facultés de médecine, ainsi que tous les divers acteurs responsables des soins, collaborent de façon étroite dans le cadre de la transformation du système de santé en lien avec le projet de loi. Ceci est particulièrement évident dans le contexte actuel où l'on demande aux facultés de médecine de former toujours plus de médecins et d'autres professionnels de la santé, ce qui les oblige à compter encore davantage sur la collaboration des milieux cliniques dans lesquels la majeure partie de la formation est dispensée. Il est donc essentiel pour les facultés de médecine de pouvoir compter sur le réseau des établissements de santé du Québec afin de pouvoir former leurs étudiants et étudiantes. Or, il est tout aussi essentiel pour les établissements de miser sur la contribution active des universités pour garantir le développement de nouvelles approches thérapeutiques afin d'offrir des soins innovants à la population du Québec, tout en assurant la formation de la relève et la qualité des soins et des services.

Il est aussi de première importance que les universités et leurs facultés travaillent étroitement avec les divers paliers décisionnels dans une nouvelle structure de gouvernance comme celle qui est proposée par le projet de loi 15 (ci-après PL 15). En effet, il faut réaliser la particularité de la formation médicale quand on la compare à celle des autres formations universitaires. Au fil de sa formation, l'apprenant ou l'apprenante médecin peut passer jusqu'à 80 % de son temps de formation dans les hôpitaux et autres milieux cliniques d'enseignement sur l'ensemble de son cheminement universitaire.

Par exemple, une fois sa formation complètement achevée, un ou une cardiologue aura passé plus de l'équivalent de **huit années sur dix dans un hôpital**¹. Ceci souligne le rôle essentiel du réseau de santé pour la formation de la relève, mais également la contribution tout aussi essentielle des facultés de médecine et des universités pour améliorer et faire fonctionner le réseau de santé au Québec. Toute modification qui pourrait compromettre cette relation d'interdépendance bicentenaire est susceptible de nuire à la fois à la formation médicale et au succès de la réforme du système de santé.

Nous comprenons bien, de façon générale, que l'esprit qui a mené aux changements proposés par le PL 15 est celui d'accroître l'efficacité du système de santé, de le centrer sur les patients et patientes, d'encourager la gestion de proximité et de séparer les orientations stratégiques des opérations quotidiennes. L'objectif du présent mémoire n'est certes pas de remettre en question ces principes qui guident le projet de loi et auxquels nous souscrivons généralement. Mais nous souhaitons nous attarder sur les modifications que le PL 15 entraînerait pour la médecine universitaire et sur les préoccupations qui en découlent. **En résumé, la mise à l'écart des facultés de médecine, et plus généralement du monde de l'enseignement supérieur, dans les processus décisionnels du système de santé et de services sociaux que le PL 15 propose nous préoccupe grandement et suscite des inquiétudes sérieuses sur l'avenir de la formation médicale et sur le succès de la réforme proposée.**

1. Modifications proposées par le PL 15 (à titre de rappel)

Parmi les principales modifications apportées par le PL 15, mentionnons :

- La **création de Santé Québec**², une personne morale mandataire du ministère de la Santé et des Services sociaux ayant pour mission :
 - D'offrir, par l'entremise des établissements publics, les services de santé et les services sociaux dans les régions sociosanitaires du Québec³;
 - D'appliquer à certaines activités liées au domaine de la santé et des services sociaux la réglementation prévue par la présente loi⁴;
 - De fournir au ministre l'appui nécessaire à la mise en œuvre des orientations, des cibles et des standards qu'il détermine notamment à l'égard de l'organisation et de la prestation des services de santé et des services sociaux, et⁵;

¹ Il y sera d'abord un peu dès le préexternat, puis il y réalisera ensuite tout son externat (deux ans) avant d'y faire toute sa résidence (au minimum six ans, peut-être davantage s'il se destine à travailler en milieu universitaire). Il aura donc en parallèle à assumer des tâches cliniques de plus en plus exigeantes – et utiles au système de santé, notamment en matière de soins aux patients et patientes. Les durées varient selon les spécialités, mais l'ordre de grandeur est le même dans tous les cas. Plus des deux tiers de la formation des médecins ne s'effectuent pas sur les campus universitaires, mais bien dans les milieux cliniques d'enseignement.

² Projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, projet de loi n° 15, 43^e législature, 1^{re} session, Québec, présenté le 29 mars 2023, <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-15-43-1.html> (ci-après « **PL 15** »), art. 20-29.

³ PL 15, art. 1^{er} et 23 al. 1.

⁴ PL 15, art. 23 al. 2.

⁵ PL 15, art. 23 al. 3.

- D'exercer les fonctions que lui confie le ministre parmi celles qui incombent à celui-ci en vertu de toute disposition législative⁶.
- Une nouvelle **gouvernance à l'échelle provinciale**. L'organisme Santé Québec sera géré par un Conseil d'administration⁷ et un.e président.e et chef.fe de direction agissant comme président.e-directeur.trice général.e⁸, chapeautant l'ensemble des établissements de soins du Québec, à l'exception des quatre (4) établissements publics desservant une population nordique et autochtone⁹.
- Une nouvelle **gouvernance institutionnelle pour chaque établissement de soins** :
 - Le PL 15 conserve, pour chaque établissement de santé, un poste de président-directeur général ou de présidente-directrice générale d'établissement¹⁰, qui œuvrera désormais en collaboration avec un conseil d'établissement¹¹ chargé de le.la conseiller notamment sur la prestation des services au sein de l'établissement et les recommandations formulées par le comité consultatif¹².
 - Un poste de directeur.trice médical.e est créé en remplacement du poste de directeur.trice des services professionnels¹³. Le directeur médical ou la directrice médicale agira sous l'autorité du président-directeur général institutionnel ou de la présidente-directrice générale institutionnelle¹⁴ et aura lui-même ou elle-même sous sa gouverne les directeurs médicaux sectoriels. Le directeur médical ou la directrice médicale gère les ressources humaines médicales en collaboration avec le CMDPSF (voir point suivant) pour l'évaluation de l'acte et la discipline¹⁵.
 - Remplacement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (ci-après « **CMDP** »)¹⁶ par un nouveau conseil professionnel nommé « Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes » (ci-après « **CMDPSF** ») :
 - Le CMDPSF est composé de l'ensemble des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des sages-femmes qui exercent leur profession au sein de l'établissement¹⁷.
 - Plutôt qu'être supervisé par un conseil d'administration ou un comité exécutif et un conseil de pairs indépendants, le CMDPSF est désormais sous la seule autorité du directeur médical ou de la directrice médicale¹⁸.

⁶ PL 15, art. 23 al. 4 ; Voir notamment l'art. 19 pour les fonctions du ministre.

⁷ PL 15, art. 30 à 46.

⁸ PL 15, art. 30 al. 2.

⁹ PL 15, art. 4 ; *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, RLRQ c S-5.

¹⁰ PL 15, art. 129-137. Ce poste remplace ceux de président (LSSSS, art. 157 et suivants) et de directeur général de l'établissement (LSSSS, art. 192.1 et suivants).

¹¹ PL 15, art. 106-128.

¹² PL 15, art. 117, 125-127.

¹³ PL 15, art. 158-175.

¹⁴ PL 15, art. 159 (7). Le directeur médical agissait précédemment sous l'autorité du directeur général de l'établissement (LSSSS, art. 203).

¹⁵ PL 15, art. 160, 162.

¹⁶ LSSSS, art. 213 et suivants.

¹⁷ PL 15, art. 166.

¹⁸ PL 15, art. 168.

- Le CMDPSF est responsable envers le conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique pour les questions relatives aux trajectoires et à l'organisation clinique de l'établissement de soins¹⁹.
- Les conseils d'administration sont abolis et remplacés par des conseils d'établissements dont le mandat et la composition sont grandement modifiés et essentiellement dirigés vers la satisfaction des usagers.
- Les établissements non fusionnés (CHUs et Instituts) conservent leur désignation universitaire. Les autres établissements (incluant les CIUSSS) n'ont pas de désignation spécifique en lien avec leur mission d'enseignement et de recherche.

2. Préoccupations concernant la mission universitaire dans les milieux cliniques

La principale préoccupation des facultés de médecine concernant le PL 15 est l'absence d'un message phare concernant l'importance de la formation et de la recherche universitaires dans son contenu actuel.

À la lecture du PL 15, les fonctions liées aux missions d'enseignement et de recherche sont absentes du texte quant au futur mandat de Santé Québec²⁰, en dépit du fait qu'elles soient intégrées dans les fonctions du ministre de la Santé et des Services sociaux²¹.

La réforme globale du système de santé et de services sociaux est pourtant une occasion privilégiée de clarifier les orientations et les attentes en la matière envers les milieux cliniques de formation. Le système de santé et de services sociaux faisant face à des hausses très importantes de clientèles étudiantes, ce ne sont plus seulement les hôpitaux universitaires traditionnels, mais presque tous les hôpitaux et autres milieux cliniques qui devront être mis à contribution pour la formation. Cette tendance risque d'ailleurs de continuer d'augmenter dans les prochaines années avec l'augmentation acceptée des admissions en médecine de 37 % et l'augmentation des cohortes dans les diverses autres disciplines de la santé.

Si l'importance de valoriser l'efficacité des soins de santé au sein de l'agence Santé Québec n'est pas remise en question, il est primordial de se questionner sur la place qui sera accordée aux responsabilités et rôles du milieu universitaire en lien avec le mandat de cette agence, ne serait-ce que sous l'angle de l'intégration des apprenants et apprenantes. En effet, le Québec ne saurait se doter d'un système de soins de santé de qualité sans que ces composantes soient valorisées. Dans les contextes d'augmentation des cohortes et de pénurie de main-d'œuvre dans certains domaines de spécialisation, une formation de grande qualité en santé sera nécessaire pour garantir la pérennité de la réforme proposée et la qualité des soins et des services qui sont offerts dans l'avenir.

Il sera important qu'une fonction clé soit prévue dans la structure organisationnelle de Santé Québec comme celle d'un second président-directeur adjoint ou d'une seconde présidente-

¹⁹ PL 15, art. 153-157, 167.

²⁰ PL 15, art. 23-24.

²¹ PL 15, art. 19 al. 2 (2).

directrice adjointe²², qui se porterait **garante de la qualité de l'enseignement**²³. Les présidences-directions générales des établissements de soins universitaires devraient également se voir accorder la marge de manœuvre nécessaire pour assurer le suivi en lien avec les exigences de la mission universitaire de ces établissements.

Mais nonobstant cette nomination, il faudra maintenir au MSSS une direction des affaires universitaires et veiller à ce que les facultés de médecine contribuent pleinement à fixer les objectifs et les cibles nationales en matière de médecine universitaire, le ministère de l'Enseignement supérieur devant aussi être partie prenante des discussions.

Le CMDPSF, contrairement à son prédécesseur le CMDP²⁴, n'est pas impliqué dans le processus de nomination ou de renouvellement des statuts et privilèges permettant à un.e médecin, un.e dentiste ou un.e pharmacien.ne d'exercer sa profession au sein d'un établissement de soins, ni dans la détermination des obligations qui y sont rattachées. Ainsi, les facultés de médecine ne sont plus impliquées dans le renouvellement des privilèges et la vérification de la conformité de la nomination facultaire pour les médecins en établissement de soins, et le directeur médical ou la directrice médicale remplit désormais cette fonction seule, en soumettant son avis au président-directeur général ou à la présidente-directrice générale qui procède lui-même ou elle-même à la nomination²⁵. Or, de plus en plus de médecins sont sollicités pour enseigner aux nouvelles cohortes en augmentation, de sorte que même dans les hôpitaux situés en régions éloignées, les médecins enseignants doivent obtenir une nomination facultaire indiquant qu'ils sont aptes à effectuer ce travail. Par exemple, les médecins enseignants ne pourront plus faire valoir la protection du temps nécessaire à la carrière universitaire et donc à la formation de la relève. Cet élément ne peut pourtant pas être garanti par des négociations à la pièce à l'échelle des départements de manière individuelle et doit relever de la haute direction. La perte de cette participation des facultés de médecine au processus de recrutement affaiblit le lien entre la pratique et l'enseignement et la recherche, et risque de diminuer la qualité de la supervision des étudiant.e.s et des résident.e.s, voire d'en marginaliser l'importance. Il sera nécessaire d'établir des liens formels entre le directeur médical ou la directrice médicale et les établissements universitaires pour la gestion dans les départements de soins.

Ce volet est très préoccupant pour les universités. L'article 361 du PL 15 précise en effet que le PDG d'un établissement doit déterminer « la répartition entre les médecins des tâches relatives à l'activité clinique, à la recherche et à l'enseignement ». Déjà prévue par l'article 184 de la LSSSS, cette exigence n'est toutefois plus accompagnée de celle de consulter l'université à laquelle l'établissement est affilié.

Nous souhaitons également souligner l'importance des formations complémentaires (*fellowships*) qui sont exigées conjointement par les facultés et les établissements au-delà de la formation initiale de base du médecin qui veut pratiquer en milieu universitaire. Ces formations complémentaires sont essentielles pour maintenir la qualité des professeurs dans nos hôpitaux universitaires en ce qui a trait à l'enseignement, à la recherche et au développement de soins

²² Qui s'ajouterait à celui prévu au PL 15, art. 135-137.

²³ Cette responsabilité incombait précédemment au CA de l'établissement (LSSSS, art. 172).

²⁴ LSSSS, art. 214.

²⁵ PL 15, art. 197-210.

innovants. Il s'agit d'un élément essentiel dans le processus de recrutement des nouveaux professeurs auquel les universités doivent participer.

3. Préoccupations concernant la place accordée aux établissements universitaires dans les processus décisionnels

La nouvelle structure hiérarchique du CMDPSF éloigne les individus œuvrant au sein des professions médicales, dentaires et pharmaciennes des décisions prises concernant la qualité et la pertinence des soins de l'établissement de soins, alors qu'ils y jouent pourtant un rôle de premier plan. La nouvelle structure décisionnelle ne permettra pas, par exemple, aux médecins enseignants de faire valoir leur opinion relativement à la nomination des administrateurs et administratrices de l'établissement hospitalier, des professeures et professeurs, des cheffes et chefs cliniques et des directrices et directeurs de l'enseignement et de la recherche.

De plus, tel qu'il était prévu dans les lois régissant préalablement le système de santé et de services sociaux, il sera nécessaire que le PL 15 prévoie la participation des facultés de médecine pour la désignation **des directrices et directeurs médicaux**, chef.fe.s de département, directrices ou directeurs de la recherche et enseignement, ainsi que des professeures et professeurs de clinique²⁶. Nous considérons essentiel que les titulaires de ces postes soient désignés en consultation avec les universités, afin d'assurer que les enjeux de formation et de recherche soient pris en compte de manière prioritaire.

Les apprenants et apprenantes que nous formons sont des étudiant.e.s et des résident.e.s en médecine; ces derniers ont un double statut d'apprenants et de travailleurs de la santé. Un des risques principaux encourus si les facultés de médecine ne sont pas davantage représentées dans les mécanismes décisionnels est une certaine instrumentalisation des stagiaires qui pourraient être vus comme étant d'abord une main d'œuvre au service des objectifs à court terme de l'organisation plutôt que des éléments centraux de la réponse (à long terme) aux besoins de la société québécoise. Une direction de l'enseignement (comme dans le modèle actuellement en vigueur) est certainement un moyen pour s'assurer de garder la formation de la relève comme priorité. Cela milite selon nous pour la formalisation du poste de directeur ou directrice de l'enseignement, de ses fonctions et de ses compétences. Le PL 15 serait une bonne occasion de le faire. Si ce rôle n'incombe plus à un directeur ou une directrice de l'enseignement, il faudra absolument que les universités soient en mesure d'approuver le choix des directeurs médicaux et que la direction médicale des établissements soit amenée à nécessairement prendre en compte les besoins du milieu de l'enseignement supérieur.

Le même raisonnement s'applique *a fortiori* pour la fonction de directeur ou directrice de la recherche, qui agit actuellement comme gardien de la recherche qui est effectuée dans les établissements de santé universitaire et dont la légitimité gagnerait à ce que son mandat et son rôle soient inscrits dans la loi. La recherche ne produisant souvent des résultats, par ailleurs

²⁶ PL 15, art. 158; La consultation des universités était incluse à l'article 202 de la LSSSS.

cruciaux, qu'à moyen ou à long terme, il est dans l'intérêt de tous de la préserver contre les pressions trop urgentes de la productivité et de l'utilitarisme à court terme.

Par ailleurs, les conseils d'établissement n'étant composés que d'une dizaine de personnes, les décisions prises par ceux-ci risquent aussi de ne pas refléter la complexité et la taille des établissements de soins²⁷. Même si l'article 360 du PL 15 permet d'y désigner une personne nommée par le conseil d'administration de Santé Québec, à partir d'une liste de noms fournie par les universités auxquelles sont affiliés les établissements de soins, le mandat restreint de ces conseils d'établissement²⁸ limitera la place accordée aux établissements universitaires et par conséquent à leurs activités d'enseignement et de recherche dans les processus décisionnels de ces établissements de soins. Chaque CA comptait auparavant deux représentants universitaires, mais on n'en comptera désormais plus qu'un seul, ce qui est un recul important qui vient s'ajouter à la modification du mandat. La présence d'un deuxième membre universitaire permet d'ajouter de la profondeur et de la diversité étant donné que plusieurs facultés et départements chapeautant d'autres professions sont également en cause. Il nous apparaît absolument nécessaire que les conseils d'établissement, tout comme les CA auxquels ils succéderont, comptent au moins deux représentants nommés par le milieu universitaire.

Par ailleurs, nous sommes préoccupés par l'avenir des **contrats d'affiliation** déjà existants entre les universités et les milieux cliniques de formation²⁹. Il est nécessaire de garantir que les contrats d'affiliation soient maintenus et que la formation soit assurée conformément aux normes et attentes universitaires et les exigences de l'agrément. Le contrat d'affiliation devrait de plus être rédigé selon la structure territoriale et non pas celle de Santé Québec.

Enfin, les chef.fe.s de départements cliniques dans certains établissements de soins à vocation d'enseignement³⁰ agissent parfois également à titre de chef.fe.s de département universitaire. Ces personnes sont responsables des promotions et du recrutement, veillent à la production universitaire des membres du département, et veillent à assurer la rétention des talents au Québec. Dans le PL 15, les chef.fe.s de département clinique seront nommés par le PDG de l'établissement, ce qui ne tient pas compte de nos contrats d'affiliation actuels qui prévoient la participation des universités pour ces nominations.

Enfin, les facultés de médecine doivent être consultées pour toute décision du comité de directeurs (formé des trois directeurs, médical, médecine spécialisée et médecine de famille) ayant une incidence significative sur la formation ou la recherche., comme le prévoient nos contrats d'affiliation actuels.

²⁷ PL 15, art. 107.

²⁸ LSSSS, art. 10, 11.

²⁹ PL 15, art. 353-356; Ces contrats ont été conclus en vertu de l'article 110 de la LSSSS.

³⁰ PL 15, art. 357-363.

4. Préoccupations concernant les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux

Le PL 15 contient peu d'articles au sujet des Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (ci-après « RUISSS »), soit les articles 364 à 371. Ces articles sont rédigés de manière imprécise et abolissent la Table de coordination nationale des RUISSS, laquelle est pourtant très importante pour le partage des bonnes pratiques entre les RUISSS et pour la coordination des services offerts en collaboration entre réseaux³¹.

Par ailleurs, il y a lieu de se demander quelle place sera accordée aux établissements universitaires (avec d'autres partenaires) pour conseiller Santé Québec ou le Ministère. Pour maintenir la communication avec le Ministère et l'informer régulièrement sur les enjeux de la formation médicale, il serait souhaitable de créer une table nationale rassemblant, avec le MSSS, le Collège des médecins du Québec, les fédérations de médecins, les patients et patientes et les établissements universitaires. De plus, il devrait être envisagé que des membres des établissements universitaires siègent au conseil d'administration de Santé Québec afin d'assurer que la formation, la recherche et la qualité des soins ne soient pas compromises.

En résumé, il nous apparaît impératif que les facultés soient réintroduites comme partenaires en bonne et due forme dans la gouvernance à plusieurs niveaux comme c'est le cas dans l'environnement législatif et réglementaire actuel :

- lors des exercices gouvernementaux et ministériels nationaux lorsque les orientations, cibles et indicateurs nationaux sont établis;
- au sein du CA et/ou dans une direction adjointe aux affaires universitaires de Santé-Québec;
- dans les conseils d'établissements (avec de réels pouvoirs consultatifs);
- et dans les processus de nominations des directrices et directeurs médicaux, de l'enseignement et de la recherche, des chef.fe.s de département, ainsi que des clinicien.ne.s exerçant des fonctions d'enseignement et de recherche.

5. Préoccupations concernant la mission de recherche dans les milieux cliniques

La nouvelle gouvernance de Santé Québec issue du projet de loi rendra difficile la valorisation de la recherche clinique au sein du système de santé et de services sociaux. Dans les centres hospitaliers universitaires, les instituts et les centres hospitaliers affiliés, plusieurs professionnels de la santé portant en plus de leur statut de soignant.e celui de chercheuse, chercheur, par lequel ils sont portés à amener la médecine et les autres disciplines des sciences de la santé vers de nouveaux sommets à travers leur recherche. Cet aspect est important pour l'évolution de la médecine et de la recherche biomédicale et le rayonnement du système de santé du Québec. Or,

³¹ LSSSS, art. 436.8 à 436.11.

les médecins ne pourraient effectuer cette recherche sans support ni nomination facultaire³². Nous émettons conséquemment le souhait que soient reconduits les articles 237 à 259 de la LSSS qui régissent actuellement ces situations et qui permettent d'encadrer la recherche dans les établissements de santé.

6. Préoccupations concernant la planification des effectifs médicaux

Le PL 15 est muet sur le sort qui sera réservé à la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec à laquelle les facultés de médecine contribuent de façon très significative depuis une quarantaine d'années et qui permet de riches discussions avec tous les partenaires appelés à contribuer à la formation des prochaines générations de médecins en vue de répondre aux besoins du Québec en matière de soins médicaux. Cette structure soutenue administrativement par le MSSS est autonome dans ses prises de position, et fait l'envie d'autres juridictions. Aucune autre province canadienne n'a l'équivalent d'une structure aussi efficace et collégiale. Pour les facultés de médecine du Québec, il est clair que cette table doit être maintenue et son mandat réitéré. L'occasion serait belle d'enchâsser ce principe dans la loi, pour que la légitimité de cet outil dont dispose le Québec soit réaffirmée. Il est peut-être même temps de réfléchir à élargir le mandat et la composition de cette Table pour y inclure les préoccupations citoyennes.

* * *

Un vieil adage en soins interdisciplinaires dit que « pour cheminer vite, partons seuls, pour cheminer loin, partons ensemble ». Nous croyons fermement que nos recommandations rendront le PL 15 plus robuste dans le contexte où se situe l'organisation des soins de santé et de services sociaux au Québec. À cet égard, nous offrons toute notre collaboration au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la direction du MSSS pour poursuivre les discussions afin de bonifier ce projet de loi qui aura des impacts majeurs sur l'avenir de notre système de santé au Québec.

³² Cette nomination facultaire était précédemment encadrée par les articles 237 à 259.1 LSSSS et incombait au CMDP, alors qu'elle incombe désormais au président-directeur général de l'établissement, sur recommandation du directeur médical.