

## **MÉMOIRE DE LA TABLE PROVINCIALE DES CHEFS DE DRMG**

## **PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**CONCERNANT LE PROJET DE LOI N<sup>o</sup> 15 :**  
Loi visant à rendre le système de santé  
et de services sociaux plus efficace

Avril 2023

---

## Plan

Les DRMG .....	3
La table provinciale des chefs de DRMG .....	3
1)INTRODUCTION .....	4
2)MISE EN CONTEXTE: RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DRMG .....	5
2.1) Autonomie et saine indépendance dans le réseau .....	6
2.2) Importance de la structure électorale du DRMG : légitimité, liberté d'action, confiance et crédibilité .....	7
3) MISE EN CONTEXTE: LE STATUT DE TRAVAILLEUR AUTONOME .....	8
4) PROJET DE LOI 15 – ENJEUX ET RISQUES IDENTIFIÉS .....	9
4.1) Disparition du médecin de famille au conseil d'administration .....	9
4.2) Disparition de l'Élection du chef du DRMG par ses pairs .....	9
4.3) Ajouter des obligations pour être rémunérés .....	11
5) PROPOSITIONS .....	12
5.1) Conseils d'établissement (CE).....	12
5.2) Département régional de médecine générale vs Département territorial de médecine familiale .....	12
5.3) Instauration de statuts et privilèges (PEM) en établissement .....	13
6) CONCLUSION .....	14

---

## Les DRMG

Les départements régionaux de médecine générale (DRMG) ont vu le jour en 1998, dans chacune des régions du Québec, afin que l'organisation des services médicaux généraux soit confiée aux omnipraticiens, dans un esprit novateur de cogestion. Les médecins de famille disposent désormais d'un véritable outil légal leur permettant d'agir activement sur l'organisation des services médicaux généraux dans chacune des régions administratives québécoises.

Regroupant l'ensemble des médecins de famille (pratiquant au sein du régime public de l'assurance maladie) d'une région donnée, ils sont responsables par la loi, notamment, de définir et de proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS) et de recommander, puis d'assurer la mise en place du plan régional des effectifs médicaux (PREM). Du fait de leur composition, les DRMG détiennent un regard privilégié sur l'exercice de la profession. Ceux-ci ont d'ailleurs été les grands promoteurs, depuis le début du programme GMF, des bénéfices du travail interdisciplinaire pour les soins aux patients.

Issus de la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSSS), ils sont fondés sur une structure élective : 3 membres sont élus par leurs pairs, qui vont nommer 2 à 9 autres membres qui composeront le comité de direction du DRMG. Ces 5 à 12 médecins de famille, provenant de différents milieux cliniques et de secteurs géographiques variés, éliront parmi eux le chef du DRMG, qui aura pour mandat de présider le comité de direction pour un mandat de 4 ans. De plus, il agira comme représentant devant les différentes instances du réseau, qu'on parle des établissements (CISSS ou CIUSSS), le MSSS, la FMOQ ou encore les groupes représentant les divers partenaires œuvrant en première ligne (notamment, les pharmaciens communautaires).

Les rôles et les responsabilités des DRMG ont grandement évolué depuis les dernières années et ceux-ci sont devenus, grâce à leur capacité mobilisatrice, appuyés et légitimés par leurs membres, un partenaire essentiel dans la mise en place de plusieurs ententes entre la FMOQ et le MSSS, et ont contribué au développement de nombreux développements de services et de projets d'accès.

## La table provinciale des chefs de DRMG

Composée de l'ensemble des 18 chefs, provenant des 18 régions administratives du Québec, la table provinciale des chefs de DRMG se réunit périodiquement afin de discuter des enjeux d'organisation des soins de première ligne au Québec, mais surtout aussi, faire émerger des solutions novatrices afin d'améliorer l'accès aux services médicaux pour les patients de toute la province.

Le projet de loi 15 venant transformer l'essence même des DRMG, notamment à travers le changement de paradigme quant à la façon de nommer leurs chefs, il devenait évident que la Table provinciale des chefs de DRMG partage avec les parlementaires ses réflexions et ses pistes d'amélioration afin que cette pièce législative arrive à son ultime but : améliorer le système de santé du Québec et l'accès aux services pertinents et en temps opportun.

---

## 1) INTRODUCTION

Par ce mémoire, les 18 chefs de départements régionaux élus expliquent l'importance du choix du chef de façon démocratique par les médecins de chacune des régions. Ils soulignent aussi que les gains et la réorganisation de l'accès en première ligne des dernières années doivent continuer à progresser par la poursuite de la collaboration de tous les intervenants et non par un contrôle centralisé des décisions, afin de les adapter aux réalités du terrain.

De prime abord, il est essentiel de bien camper que, comme une vaste majorité des acteurs du réseau de la santé et surtout des Québécois, nous reconnaissons que le statut quo n'est plus souhaitable et que nous devons faire différemment dans le réseau, pour le bien et la santé de nos patients.

Nous saluons d'ailleurs le drastique changement de ton et la culture de collaboration qui a été instaurée entre le ministre, son ministère et les acteurs du réseau de la santé depuis les 18 derniers mois. Cette atmosphère de cogestion, de confiance et d'écoute nous a permis d'actualiser des projets et des ententes que plusieurs qualifiaient de très ambitieuses, voire irréalistes. Notons ici la mise en place des Guichets d'accès à la première ligne (GAP), la prise en charge collective de plus de 500 000 patients en moins d'un an et le déploiement, à l'échelle nationale, d'une ligne prioritaire pédiatrique qui a permis à plusieurs dizaines de milliers d'enfants d'éviter les urgences et d'être évalués au bon endroit : dans une clinique de première ligne. Le MSSS a d'ailleurs récemment reconnu que les médecins de famille sont le groupe de professionnels les plus accessibles dans le réseau. Les chefs de DRMG ont aussi reçu plusieurs fois au cours des derniers mois les éloges du ministre et de son ministère pour tout le travail accompli dans ce contexte excessivement difficile de pénurie d'effectifs, autant médicaux, administratifs que professionnels.

Vous comprendrez donc l'étonnement qui nous a habité lorsque nous avons pris connaissance de ce volumineux projet de loi, qui vient saborder l'origine de notre capacité à mobiliser les troupes : **la reconnaissance et la légitimité conférée à un collègue qu'on choisit d'élire comme chef du DRMG pour mener à bien les projets d'accès et l'organisation des soins.** Pourquoi s'attaquer à une instance qui amène des résultats probants, alors qu'il y a tant à faire et à corriger dans le réseau? Dans la même veine, le ministre, notamment à travers son Plan Santé, martèle (avec raison) sa volonté de décentraliser le réseau de santé. Nous peinons à voir ce qui, dans les modifications proposées d'organisation et de gouvernance médicale dans nos établissements, constitue une telle décentralisation. Nous y voyons davantage une concentration des pouvoirs sur quelques individus.

La Table des chefs de DRMG voit évidemment d'un bon œil la séparation entre le politique et les opérations dans notre système de santé, en autant que celle-ci soit bien réelle. Il serait dommage que la naissance de Santé Québec, qui doit permettre d'enfin gérer le réseau indépendamment des impératifs et des calendriers électoraux, soit entachée par des modifications à la loi qui **centralisent** et **concentrent** la prise de décisions, instaure une hiérarchie d'imposition des décisions de haut en bas et décourage les initiatives locales. Le réseau subit déjà les contre-coups de cette gestion de l'influence qui, année après année, réforme après réforme, s'est concentrée sur de moins en moins d'individus... et tient de moins en moins compte de la complexité des réalités cliniques sur le terrain.

---

Nous vous présenterons donc une clarification du rôle des DRMG, ainsi qu'un rappel de ce que signifie le statut de travailleur autonome dans le réseau de santé. Nous soulèverons ensuite les éléments précis du projet de loi qui devraient, à notre sens, être révisés, puis vous soumettrons des alternatives ou des propositions qui devraient réellement avoir un impact positif sur le réseau.

## 2) MISE EN CONTEXTE: RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DRMG

Selon la loi et à la suite des différentes ententes MSSS-FMOQ, les principaux domaines de responsabilité des DRMG en première ligne sont, notamment :

- De proposer et mettre à jour le plan régional d'organisation des soins de première ligne (PROS);
- De proposer et gérer les plans régionaux des effectifs médicaux (PREM);
- D'assurer les activités médicales particulières (AMP) afin de répondre aux besoins des secteurs de soins les plus vulnérables;
- De s'assurer du respect et bon fonctionnement du programme des groupes de médecins de famille (GMF, GMF-AR et GMF-U);
- De favoriser l'accès aux soins de première ligne en proposant, implémentant et bonifiant des trajectoires existantes de soins
- D'organiser la disponibilité des médecins de famille pour les réorientations des urgences;
- De promouvoir et d'assurer le suivi et la vigie des inscriptions collectives;
- De gérer l'arrivée et le départ des médecins de la région incluant les médecins étrangers;
- De coordonner le déploiement et assurer une cogestion médicale des GAP et des GAMF.

### 2.1 Le plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS):

La LSSSS confère ainsi aux DRMG une grande marge de manœuvre. Le leadership du DRMG doit d'abord s'exprimer en amont dans l'élaboration d'un PROS, qui orientera une majorité de ses actions. Ce dernier doit préciser, par réseau local de service:

- Les services dispensés à partir d'un cabinet privé, d'un CLSC ou d'une clinique externe d'un centre hospitalier;
- La nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de pris en charge des diverses clientèles;
- En assurer la mise en place, une fois approuvé par le MSSS

Pour l'actualiser, le DRMG dispose donc de divers outils, dont notamment les AMP et les PREM, mais cette gestion ne constitue donc qu'une partie du mandat des DRMG, contrairement à une perception répandue dans le réseau. De son côté, le réseau de santé et services sociaux doit prendre les mesures nécessaires pour soutenir le DRMG dans le respect des pouvoirs que lui confie la LSSSS, notamment la détermination du nombre de postes autorisés dans chacun de ses établissements ainsi que la mise en place des conditions qui permettront aux médecins d'avoir accès aux plateaux techniques, à l'information clinique et à d'autres spécialistes.

---

### **Le plan régional des effectifs médicaux (PREM):**

Le PREM vise essentiellement à répartir équitablement les effectifs entre les régions. Pour le médecin en installation, une seule condition est liée à son avis de conformité : il doit facturer, sur une base annuelle, au moins 55 % de ses journées travaillées dans le régime public dans la région qui lui a délivré cet avis de conformité. Le PREM a aussi une portée intrarégionale, depuis 2016, où les avis de conformités sont octroyés par réseau local de service (RLS) et non plus pour la région. Enfin, lorsque le nombre de candidats est plus élevé que le nombre de places dans la région, le DRMG procède à une sélection en fonction des besoins prioritaires qu'il aura préalablement établis lors de l'élaboration de son PROS.

### **Les activités médicales particulières (AMP):**

À l'échelle d'une région, les AMP ont pour objet de soutenir le DRMG en orientant, sur une base intrarégionale, les médecins vers certains secteurs d'activité moins bien desservis. À l'instar de l'octroi des avis de conformité au PREM, le DRMG gèrera les AMP en fonction des objectifs prévus dans le plan régional d'organisation des services. Ces AMP peuvent être rendues disponibles à travers toute la région, ou encore de façon spécifique à certains RLS, afin de mieux venir combler les besoins différents de ces réseaux locaux de services souvent bien distincts.

## **2.1) Autonomie et saine indépendance dans le réseau**

**Du fait que ce sont les médecins eux-mêmes qui forment le DRMG, et qu'ils ne travaillent pas SOUS l'autorité des établissements mais plutôt en cogestion avec ceux-ci, aucune autre structure administrative du réseau public ne peut mieux réussir à remplir le large mandat que la loi confie lui confie.**

Le réseau de santé est, depuis longtemps, trop fortement centré autour des hôpitaux et des établissements, avec cette culture qui ne surveille que les taux d'occupation des urgences et la couverture adéquate des différents services et secteurs de soins en établissements.

Les DRMG ont démontré, à d'innombrables reprises, leur grande contribution à protéger et à défendre l'accès aux services de première ligne pour les patients qui sont demeurés au centre de ses préoccupations.

Ainsi, bien qu'il travaille en cogestion avec le(s) directeur(s) des services professionnels (DSP), ainsi que la(les) direction(s) de première ligne de son(s) établissement(s), le DRMG a pleine autonomie sur les décisions qu'il doit prendre et n'a pas à être influencé par une quelconque crainte d'être démis de son poste, contrairement à une vaste majorité des cadres et gestionnaires du réseau, depuis les dernières années. Cette indépendance et liberté de travailler pour l'accès aux patients, du domicile aux cabinets, passant évidemment par le trajet hospitalier, en fait un acteur du réseau qui est bien davantage en position d'actualiser des projets en première ligne et d'ainsi s'assurer que le patient et son accès aux soins, et non pas la pérennisation de son poste, est au centre de toutes ses décisions.

Fait important à noter: cette autonomie est tout autant importante face à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Malgré qu'ils aient souvent des objectifs communs, il n'est pas rare que leurs

---

mandats respectifs les mettent en opposition relative, amenant des échanges et des discussions qui favorisent aussi, à la fin du processus, l'amélioration de l'accès aux patients.

## 2.2) Importance de la structure élective du DRMG : légitimité, liberté d'action, confiance et crédibilité

Afin de pouvoir pleinement exercer toutes ces fonctions, les DRMG doivent travailler en collaboration étroite avec les médecins de leurs territoires respectifs.

**On ne parle pas ici de contrôle, de coercition ou de menace, mais bien d'un travail qui amène un réel sentiment d'accomplissement de la part des cliniciens ayant participé en toute liberté à la démarche.**

Les médecins de famille constituent des acteurs incontournables dans l'organisation des services médicaux généraux, au plus grand bénéfice des patients qu'ils traitent et suivent quotidiennement.

Les DRMG et leur comité directeur, étant eux-mêmes issus de ce groupe et tous des praticiens cliniques actifs, ils sont les mieux placés pour bien saisir l'importance d'outiller et de supporter les médecins de famille dans leur travail de tous les jours, et surtout d'user de mesures structurantes et incitatives afin d'accomplir leurs mandats.

Cette capacité à faire émerger la collaboration est rendue possible par le fait qu'une portion du comité de direction est élue, et que le chef est par la suite lui aussi choisi par une majorité des membres de ce dernier. Bien qu'il travaille sous l'autorité du PDG de sa région (ou d'un des établissements de sa région, dans le cas de Montréal et la Montérégie), étant élu par ses pairs, il bénéficie de cette indépendance dans le réseau de santé qui est cruciale dans l'accomplissements de ses mandats. Elle lui confère une légitimité de les représenter et une crédibilité pour susciter leur motivation et leur dépassement professionnel.

---

### 3) MISE EN CONTEXTE: LE STATUT DE TRAVAILLEUR AUTONOME

Concernant l'autonomie professionnelle défendue par les médecins, mais qui semble souvent remise en cause par des gestionnaires du réseau et par certains journalistes, il ne s'agit pas ici d'une liberté anarchique pour se soustraire à la responsabilité populationnelle inscrite dans leur code de déontologie.

Il s'agit d'une marge de manœuvre et d'une indépendance nécessaire qui leur permettent d'organiser le réseau de première ligne, en utilisant leur jugement clinique selon leur expertise en ayant un point de vue terrain, tout en se basant sur des indicateurs et des lignes directrices cliniques, au service de leurs patients. Ils ne sont pas assujettis seulement à des concepts théoriques et surtout, sont sans allégeance politique.

Bien que l'idée de contrôler davantage les médecins jusque dans leurs cabinets puisse sembler séduisante, on doit considérer le risque lié au désengagement des cliniciens, de leur motivation à travailler pour améliorer et d'innover dans leur organisation de pratique clinique.

On doit aussi réaliser que si on souhaite contrôler où, quand, comment doivent travailler les médecins, et donc leur retirer leur statut de travailleur autonome, il faudra aller jusqu'au bout du raisonnement et envisager le salariat.

Le risque de perte de productivité liée à une rémunération horaire ou à salaire est bien démontré par les études sur la rémunération des professionnels. Il faut aussi considérer que l'autonomie professionnelle implique que les médecins gèrent eux-mêmes leurs cabinets et que le prix de rachat de ces cabinets privés nécessiterait un financement important.

La médecine de famille n'est pas une profession vécue également par tous. Chaque médecin, s'il veut pratiquer longtemps, étant donné la nature du travail qui est d'écouter et de diagnostiquer d'innombrables pathologies dans tous les systèmes physiques et psychologiques du patient, doit pouvoir travailler avec une certaine souplesse.

Le travail du médecin doit pouvoir s'adapter à ses capacités, ses intérêts et ses formations. Il faut respecter cela si nous voulons que le médecin pratique longtemps. À cause de la nature de son travail, il est primordial qu'il ait la capacité de choisir, de décider et de mettre en action ses talents et ses connaissances au service de la population avec l'intensité dont il est capable.

---

## 4) PROJET DE LOI 15 – ENJEUX ET RISQUES IDENTIFIÉS

### 4.1) Disparition du médecin de famille au conseil d'administration

**106. Est institué, dans chaque établissement de Santé Québec, un conseil d'établissement**

**107. Le conseil d'établissement est composé du président-directeur général et des personnes suivantes, nommées pour un mandat de quatre ans par le conseil d'administration de Santé Québec**

Ici, on vient retirer le rôle de vigie des conseils d'administration, en les transformant en conseils d'établissements, cantonnés essentiellement à l'évaluation de la satisfaction-clientèle. Pour plusieurs régions, ceci représente de céder la place à des décisions dictées par Santé Québec (centralisation des décisions), ou du moins au PDG de l'établissement (concentration des décisions).

De plus, le projet de loi retire la participation du seul médecin représentant les membres du DRMG, qui amène, nous en sommes persuadés, un angle que nul autre ne peut fournir à ces instances. On exclut les médecins de famille qui donnent des soins aux patients sur le territoire et qui ont certainement des connaissances sur la réalité du terrain. On y voit ici l'un des (trop nombreux) messages contradictoires sur la collaboration tant souhaitée et mise de l'avant depuis les dernières années. Notons que l'absence d'autres représentants des professionnels de nos établissements vient aussi nous interpeller, sachant qu'eux aussi amènent des angles complémentaires dans ces instances qui sont censées contribuer à améliorer l'expérience-patient dans le réseau.

La mutation des CA en conseils d'établissements consultatifs ne vient, selon nous, aucunement corriger un enjeu de notre système de santé. Au contraire, ces conseils sont des facteurs de protection contre des décisions inopportunes et servent de constant rappel à nos établissements des réalités vécues et de notre mission première, qui est de soigner les patients. Enfin, rappelons-nous que la vaste majorité des membres des CA de nos établissements y participent de façon bénévole.

### 4.2) Disparition de l'Élection du chef du DRMG par ses pairs

**374. Un département territorial est dirigé par un médecin qui en est membre; il est nommé pour un mandat d'au plus quatre ans par le président-directeur général de l'établissement public auquel se rattache le département.**

*Le médecin ainsi nommé est appelé « directeur territorial de médecine familiale »*

**375. Le directeur médical de l'établissement auquel est rattaché un département territorial coordonne et surveille les activités du médecin qui le dirige**

Tel qu'expliqué précédemment, le chef du DRMG est actuellement choisi et nommé par les médecins de famille de sa région, qu'il représente. Il a la confiance de ses pairs et peut encourager et amener la collaboration (essentielle) avec l'ensemble du réseau de tous les médecins de famille du territoire.

---

Le chef de DRMG est rémunéré par une entente FMOQ-MSSS. Il n'est donc pas un employé de l'établissement.

Les changements proposés, par le mécanisme de nomination et sa rémunération par le MSSS, vient transformer la nature même de cette entité du réseau, qui est l'un des précurseurs des modèles de cogestion qu'on tente d'implanter un peu partout dans le réseau.

En transformant le chef en employé de l'établissement, sous la gouverne du directeur médical et du PDG, la loyauté pourrait primer et inciter au musèlement, comme le sont déjà malheureusement une vaste majorité des gestionnaires et des cadres du système, et ouvrira la porte à son contrôle par Santé Québec.

Déjà, nous assistons à des discours où le contrôle administratif envers les médecins est nommé en opposition à la collaboration qui a fait avancer l'accès et l'organisation de la médecine de famille dans les dernières années.

Nous retrouvons dans ce projet de loi, l'esprit malavisé du projet de Loi 20 (Gaétan Barrette) envers les médecins de famille qui ne peut mener qu'à un plus grand recul de la valorisation du travail de nos omnipraticiens.

**On ne peut pas prétendre que les DRMG sont un problème au Québec.**

Au contraire. Ils permettent de promouvoir la responsabilisation des médecins dans la couverture des différents milieux de soins et, surtout, de se sentir interpellés et impliqués dans l'organisation de la pratique médicale et des services de première ligne.

**Travailler à promouvoir la collaboration, la cogestion et l'implication des membres du DRMG est la solution afin de motiver et de stimuler la participation active du plus grand nombre. La perception de contrôle de la structure qui serait mise en place par le projet de loi 15 aura un effet de dévalorisation de la profession déjà mal aimée.**

Il ne faut pas oublier que les enjeux d'accès vécus dérivent de plusieurs décisions politiques des dernières années. Une mauvaise planification de la formation de la relève médicale en est une cause malheureuse si on se rappelle les débats sur le nombre de médecins de famille jugé trop élevé en 2014-15, pour finalement se rendre compte, en 2018, avec le partage public des données du MSSS, qu'il manquait au bas mot 1000 médecins de famille au Québec.

**Soulignons aussi la dévalorisation sévère qu'a subie la médecine de famille sous le joug du ministre Barrette, avec pour conséquences une baisse de comblement des postes de résidences en médecine de famille durant ses années au pouvoir ainsi qu'un exode de nos médecins vers le privé et vers les autres provinces. En 2023, il y a plus de 1300 ETP manquants dans la profession et encore cette année, 99 postes en GMF-U sont restés vacants après le premier tour des CaRMS (programme canadien de répartition des postes de résidence en médecine).**

---

### 4.3) Ajouter des obligations pour être rémunérés

**379. Malgré toute disposition contraire, un médecin ne peut recevoir de rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec que s'il est membre d'un département territorial, sauf si cette rémunération lui est versée en application de l'article 36 de la Loi sur l'assurance maladie.**

**380. Tout médecin de famille peut faire partie du département territorial de médecine familiale s'il remplit les conditions suivantes :**

**1° il pratique sur le territoire du département;**

**2° il est titulaire d'un statut et de privilèges qui lui permettent d'exercer sa profession au sein de l'établissement auquel se rattache le département**

Ces articles relient la rémunération par la RAMQ pour tous les médecins sur le territoire, même ceux qui travaillent en cliniques et en GMF, à leur adhésion au département territorial, qui oblige la signature de contrat d'octroi de privilèges et d'obligations y étant reliés comme pour les médecins œuvrant dans un établissement du réseau.

Ajouter de nouvelles obligations contractuelles aux médecins de famille travaillant exclusivement en cabinet, sachant qu'ils sont déjà assujettis aux PREM et aux AMP, relève à notre sens d'une volonté de contrôle sur les omnipraticiens qui dépasse clairement les limites d'une volonté de saine gestion.

Ces obligations ont déjà rendu notre profession très impopulaire parmi les étudiants en médecine si on se souvient des articles de la Loi 20 encore existante mais non appliquée, faute de règlements.

Pourquoi venir saboter encore une fois tous les efforts de recrutement et de valorisation qu'on tente de mettre en place? Comme il a été mentionné auparavant, les règles des PREM et des AMP sont déjà suffisantes pour orienter la pratique et sont déjà mal perçues par la relève en médecine.

Ajouter des obligations ne peut que dévaloriser davantage la profession en enlevant la capacité de choix de travailler selon ses capacités, ses intérêts et ses passions qui ont fait qu'un étudiant a choisi la médecine de famille au Québec.

Ajoutons qu'au Québec la grande majorité des médecins de famille sont en plus encadrés dans les programmes GMF, GMF-U et GMF-AR qui structurent la pratique médicale et favorisent la pertinence et le travail interprofessionnel. Ces programmes contiennent des obligations de services et d'heures d'ouverture qui sont obligatoires afin d'obtenir le financement.

---

## 5) PROPOSITIONS

La Table provinciale des chefs de DRMG soumet quelques avenues afin de bonifier et de réellement améliorer notre réseau de santé :

### 5.1) Conseils d'établissement (CE)

La proposition la plus simple et avisée serait le maintien des CA, avec leurs rôles et leurs responsabilités actuels, mais en y ajoutant l'évaluation de la satisfaction de la patientèle.

Si l'on souhaite réellement abolir les conseils d'administration (ce qui n'est pas à notre sens la voie à privilégier), les CE devraient détenir un ascendant légal envers le PDG de l'établissement et devraient avoir la prérogative de demander un état de situation sur quelque problématique liée à son établissement. Une procédure formelle devrait aussi être mise en place afin que ce conseil puisse se référer directement à Santé Québec, advenant que les réponses soumises par un PDG ne le satisfassent pas.

Un médecin de famille exerçant en première ligne devrait demeurer d'office membre du conseil d'établissement.

### 5.2) Département régional de médecine générale vs Département territorial de médecine familiale

Pour la Table provinciale des chefs de DRMG, il est clair que la Loi 15 ne devrait pas toucher à la structure actuelle des départements régionaux de médecine générale. Tel que déjà mentionné, c'est précisément l'indépendance, la légitimité et la crédibilité face aux membres de cette instance qui en fait sa force de frappe. La structure élective, incluant la sélection du chef, doit être préservée.

On suggère que les Départements régionaux de médecine générale, tout comme les Départements régionaux de santé publique, se retrouvent administrativement sous l'Agence Santé Québec, permettant de cette façon d'arrimer de façon claire la cogestion avec les 4 Directions régionales de l'accès aux soins de première ligne (Monterégie, Montréal, Laval, Québec).

On suggère que le MSSS puisse avoir un certain levier advenant qu'un chef ne remplisse pas ses mandats prescrits par la loi. Dans un tel cas, on pourrait très bien entrevoir un mécanisme clair qui permette de prescrire un plan de redressement au terme duquel, si les correctifs n'étaient pas apportés, on pourrait demander au comité de direction de se choisir un nouveau chef parmi les 4 à 11 membres restants. Cette situation, qui se voudrait exceptionnelle, ne nécessite nullement de créer un lien hiérarchique de subordonné avec le directeur médical de l'établissement.

Enfin, si l'on souhaite moderniser la structure et l'organisation des DRMG (après 25 ans d'existence), il serait probablement avisé de réviser à la hausse le nombre de postes élus au comité de direction et réfléchir à ajouter un patient partenaire comme observateur sans droit de vote.

---

### 5.3) Instauration de statuts et privilèges (PEM) en établissement

Il est évident pour nous, afin de maintenir un sain climat de collaboration entre tous nos partenaires et les médecins en cabinet, GMF, GMF-U, GMF-AR, qu'il ne faut pas ajouter une nouvelle mesure de contrainte et de contrôle à ces professionnels au statut de travailleur autonome surtout avec l'arrivée d'un nouveau mode de rémunération en 2024, soit la capitation, qui amènera des changements importants au niveau de la première ligne qui favoriseront l'accès à un plus grand nombre de citoyens au Québec et demandera une grande collaboration entre tous les intervenants en première ligne.

Les médecins de famille ont déjà à compléter 15 années d'activités médicales particulières, qui les amène à contribuer dans les secteurs plus fragiles du réseau et l'autonomie de pratique en cabinet est l'un des derniers attraits de cette pratique qui est jugée comme très lourde par les futurs médecins qui la choisissent de moins en moins.

Il faut permettre aux futurs médecins de famille de pouvoir accomplir ce qui les a poussés à devenir médecin en leurs demandant, par la collaboration, de remplir certaines obligations qui sont déjà déterminées par les ententes existantes.

Ne venons pas saboter les efforts actuels pour la rendre davantage attractive.

---

## 6) CONCLUSION

### **La Table des chefs de DRMG souscrit à :**

Que le MSSS doit faire part des grandes orientations, des objectifs visés et des outils disponibles pour arriver aux objectifs et qu'on le retire de la gestion et de l'opérationnalisation de ces objectifs;

Que parmi les outils, il y ait des indicateurs qui permettent de mieux saisir les réalités le plus contemporainement possible;

La vision du MSSS qui souhaite promouvoir la collaboration interprofessionnelle, qui est déjà présente;

Une gestion décentralisée qui valorise l'initiative locale, l'innovation, le sentiment d'appartenance et l'amélioration continue de la qualité de l'organisation des soins.

### **La Table des chefs de DRMG craint :**

Que le modèle de gouvernance proposé par le projet de Loi 15 concernant le DRMG et son chef conduise à une relation directive faisant de plus en plus fi du jugement et du raisonnement clinique et donne priorité aux indicateurs comme des finalités plutôt que des outils au service des patients;

Que le modèle ignore l'évolution des caractéristiques de la population actuelle des médecins de famille dont les responsabilités citoyennes (socio-familiales) sont totalement différentes de celles des générations antérieures;

Que ces modifications législatives viennent saboter les efforts de travail collaboratif et leurs retombées positives que les DRMG, le MSSS, la FMOQ et les médecins de famille ont accompli durant les dernières années.

### **La Table des chefs de DRMG croit :**

Que le modèle actuel des DRMG doit être pérennisé et bonifié d'une plus grande collaboration encore avec le MSSS et/ou l'agence Santé Québec. Pour cette raison, les chefs de DRMG devraient être en lien de partenariat direct avec cette nouvelle entité, permettant de rehausser leur légitimité d'action auprès des partenaires du réseau, et ainsi leur capacité à faire avancer les différents projets d'accès dont ils sont maîtres d'œuvre ou partenaires de premier ordre.

---

## La Table des chefs de DRMG

*Jean-Yves Boutet*  
**Abitibi-Témiscamingue**

*Harry-Max Prochette*  
**Lanaudière**

*Stéphanie Blais-Boilard*  
**Estrie**

*Roger Dubé*  
**Côte-Nord**

*Éric Lavoie*  
**Bas-Saint-Laurent**

*Marion Dubois*  
**Saguenay-Lac-Saint-Jean**

*Michel Brodeur*  
**Montérégie**

*Chantal Dufresne*  
**Région de Laval**

*Sylvain Drapeau*  
**Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine**

*Philippe Mc Neill*  
**Mauricie-et-Centre-du Québec**

*Marcel Guilbault*  
**Outaouais**

*Serge Bergeron*  
**Nord-du-Québec**

*Ariane Murray*  
**Montréal**

*Geneviève Auclair*  
**Nunavik**

*Geneviève Gauthier*  
**Laurentides**

*Geneviève Caron-Fauconnier et Annie Lanthier*  
**Chaudière-Appalaches**

*Daniel Rizzo*  
**Région de la Capitale-Nationale**

*Carole Laforest*  
**Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James**