



CSSS – 025M
C.P. – P.L. 127
Gestion du réseau
de la santé et des
services sociaux

**MÉMOIRE DE LA FMOQ
PRÉSENTÉ À LA
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

CONCERNANT LE PROJET DE LOI N° 127
visant à améliorer la gestion du réseau de la santé
et des services sociaux

Le 15 mars 2011

TABLE DES MATIÈRES

FMOQ.....	3
RÉSUMÉ DU MÉMOIRE	4
1. LE REGROUPEMENT DES DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS	6
2. LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS	6
2.1 <i>Médecin omnipraticien du territoire désigné par le DRMG</i>	6
2.2 <i>Personnes élues par la population</i>	8
2.3 <i>Le nombre des administrateurs</i>	9
2.4 <i>Durée des mandats des administrateurs</i>	9
3. NOUVEAU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE ET NOUVEAU COMITÉ DE VÉRIFICATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS	9
4. L'INDÉPENDANCE DES ADMINISTRATEURS ET LES PROFILS DE COMPÉTENCE	11
5. LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES AGENCES ET LE NOMBRE DES ADMINISTRATEURS Y SIÉGEANT	11
6. NOUVEAU COMITÉ DE GESTION RÉGIONAL.....	11
7. PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL D'UN ÉTABLISSEMENT.....	12
8. LE PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL DU MINISTRE.....	12
9. LE POUVOIR DU MINISTRE RELATIVEMENT À LA MISE EN TUTELLE D'UN CMDP.....	13
10. NOUVELLES DISPOSITIONS RELATIVES À L'AIDE, À L'ACCOMPAGNEMENT ET AU RENFORCEMENT DES MESURES DE CONTRÔLE	14
11. COMMENTAIRES ADDITIONNELS ET CONCLUSION.....	16

LA FMOQ

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (la FMOQ) regroupe 19 associations affiliées. Elle représente l'ensemble des quelque 8 000 médecins omnipraticiens, spécialistes en médecine de famille, exerçant leur profession dans toutes les régions du Québec.

Depuis plus de quarante ans, elle négocie les conditions d'exercice et de rémunération des médecins omnipraticiens québécois auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Depuis sa création, la FMOQ poursuit également, seule ou en partenariat avec les principaux acteurs issus du monde de la santé, de nombreux travaux liés à l'exercice de la médecine, à la formation professionnelle, à l'organisation des soins de santé et à la place que doivent occuper les médecins omnipraticiens sur l'échiquier des services de santé au Québec.

La FMOQ a à cœur tant l'intérêt des médecins qu'elle représente que celui de la population en général. Elle aspire à la viabilité d'un système de santé universel, gratuit, fiable et efficace.

La FMOQ remercie les membres de la Commission de lui permettre de prendre une part active à l'étude du Projet de loi n° 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE

Selon ce qu'a annoncé le gouvernement, le projet de loi n° 127 s'inscrit dans la logique d'un vaste plan de compressions de plusieurs centaines de millions de dollars en santé, le tout étalé sur trois ans. Il vise aussi, dans la foulée de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*, à établir au sein du réseau de la santé et des services sociaux, des principes de gouvernance dans une optique d'efficience, de transparence et d'imputabilité. D'après le ministre de la Santé et des Services sociaux, les mesures présentées permettraient d'améliorer le fonctionnement du réseau et, par la même occasion, d'en réduire les dépenses.

La FMOQ a analysé le projet de loi n° 127.

Bien qu'il puisse être souhaitable, dans un esprit de modernisation, de revoir la composition des conseils d'administration des établissements et des agences, de réduire le nombre des administrateurs qui y siègent et d'en améliorer la qualité des contrôles, la Fédération note que le projet de loi écarte des conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), l'expertise essentielle d'un médecin omnipraticien, spécialiste en médecine de famille, exerçant en première ligne et désigné par le département régional de médecine générale (le DRMG). La FMOQ ne peut endosser une telle possibilité qui, selon elle, va totalement à l'encontre de l'objectif d'efficience que souhaite atteindre le gouvernement.

Le projet de loi propose par ailleurs le maintien de la procédure d'élections par la population, du moins pour deux administrateurs. Bien que ces élections soient coûteuses et qu'elles ne soulèvent que peu d'intérêt au sein de la population, elles n'en demeurent pas moins l'expression d'une volonté de favoriser la participation des citoyens d'un territoire. La Fédération est d'avis qu'il y aurait peut-être lieu de mieux en mousser l'importance auprès du public.

La FMOQ ne s'oppose pas en soi à ce qu'un comité de gouvernance et un comité de vérification financière soient officiellement institués au sein des établissements. De fait, ces comités existent déjà à bien des endroits. Elle doute cependant que ces nouveaux comités puissent générer des économies sur les coûts de gestion.

En ce qui concerne le renforcement de certaines mesures de contrôle, la FMOQ explique notamment pourquoi elle s'oppose vivement à la capacité qu'aurait dorénavant le ministre de mettre en tutelle le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'un établissement. Une telle mesure lance assurément un bien mauvais message.

Puisque le projet de loi n° 127 concerne l'efficience vers laquelle doit tendre notre réseau de la santé, la FMOQ profite de l'occasion qui lui est offerte pour inviter le gouvernement à se pencher sur certains problèmes de lourdeur administrative qui, pense-t-elle, font perdre temps, énergie et argent à de multiples niveaux. Bien que la Fédération estime qu'il est important de conserver les trois niveaux de gouvernance que sont le ministre, l'agence et l'établissement, elle croit cependant que cette ligne d'autorité pourrait faire l'objet d'un allègement administratif afin d'éviter tout phénomène inutile de duplication ou de micro-gestion.

1. LE REGROUPEMENT DES DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS

Le projet de loi n° 127 propose de modifier la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la LSSSS, de manière à revoir les dispositions relatives aux conseils d'administration des établissements.

Il est proposé de recentrer en un seul article de loi les dispositions relatives à la composition des conseils d'administration :

- des (CSSS) ;
- des centres de réadaptation pour personnes souffrant de déficiences intellectuelles, de déficiences physiques et de toxicomanie ;
- des centres de protection enfance jeunesse ;
- des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et de soins psychiatriques ;
- des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés désignés centres universitaires, instituts universitaires ou centres affiliés universitaires.

La FMOQ est d'accord avec cet exercice de rationalisation.

2. LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS

Le gouvernement propose de revoir la composition des conseils d'administration de même que le nombre des administrateurs y siégeant. Un certain nombre de personnes ne seraient plus membres des conseils d'administration des CSSS. Parmi ces personnes, une est un médecin omnipraticien du territoire désigné par le Département régional de médecine générale (DRMG) et deux autres sont élues par la population.

2.1 Médecin omnipraticien du territoire désigné par le DRMG

La FMOQ, bien qu'elle trouve pertinent de remodeler le visage des conseils d'administration de nos établissements, tient à dénoncer la suppression du poste qu'occupe actuellement le médecin omnipraticien désigné par le DRMG local.

Dans la mesure où l'on attend compétence, indépendance et expertise des membres des conseils d'administration d'établissements, on voit mal aujourd'hui comment on pourrait se priver de l'apport incontournable d'un médecin qui, à longueur d'année, constitue le principal agent de liaison entre les patients, les autres médecins du territoire, les différents services de santé et la direction du CSSS.

Pour la FMOQ, cet aspect du projet de loi n° 127 est inacceptable. Penser que le représentant du CMDP puisse combler le vide créé par le départ du médecin désigné par le DRMG est faire fausse route. Le représentant du CMDP n'est pas nécessairement médecin et il n'est pas nécessairement un médecin omnipraticien exerçant en première ligne.

Le médecin omnipraticien est encore aujourd'hui le principal pivot des services de santé de première ligne dans la quasi-totalité des régions du Québec. Il prend en charge la santé de ses patients et assure le suivi des soins qu'il leur prodigue.

Ce médecin a régulièrement affaire avec le CSSS du territoire. Il connaît bien le milieu socio-économique et le profil de la population. À l'instar d'un très grand nombre de médecins omnipraticiens québécois, il y exerce souvent aussi des privilèges de pratique. Que ces privilèges s'expriment par la voie de l'urgence, des soins intensifs, des soins de courte durée, de l'obstétrique ou des soins de longue durée pour ne nommer que ceux-là, le médecin omnipraticien désigné par le DRMG connaît les ramifications, les différentes missions, les multiples installations, les particularités et le fonctionnement propre du CSSS.

Il est ici utile de rappeler qu'en vertu de la LSSSS, un CSSS a pour fonction de définir pour son territoire un projet clinique et organisationnel en tenant compte, notamment, de l'état de santé de la population de ce territoire, de l'offre de services requise et de la contribution des partenaires du réseau. C'est le principal défi de chacun des CSSS du Québec. Afin de définir son projet clinique et organisationnel, la LSSSS stipule que le CSSS doit mobiliser les professionnels ayant un impact sur les services de santé. Il doit s'assurer de la participation des médecins du territoire. Les conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux seront créées, selon la même loi, de concert avec le DRMG.

Compte tenu de ces impératifs législatifs, il apparaît donc contraire au bon sens et à l'économie générale de la LSSSS, que le projet de loi n° 127 puisse

envisager de rayer du conseil d'administration d'un CSSS une des rares personnes qui puisse lui permettre de bien comprendre les tenants et les aboutissants des problèmes du territoire en matière de santé. Une de ces rares personnes qui, de surcroît, peut l'aider utilement à réaliser la mobilisation et la mise en réseau attendue.

Qui d'autre que le médecin omnipraticien du territoire, désigné pour ses qualités par ses pairs du DRMG, est en mesure de mieux faire le pont entre le terrain et le CSSS ? Qui d'autre, mieux que lui au conseil d'administration, sera en mesure d'apporter les renseignements dont a besoin ce même conseil pour créer les conditions favorables à l'accès aux soins médicaux généraux pour la population du territoire ?

Dans son plan stratégique 2010-2015, le ministre de la Santé et des Services sociaux fait de la primauté des services de première ligne, dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation, un enjeu de première catégorie pour l'ensemble du territoire québécois. À prime abord, il n'apparaît pas que cet enjeu, malgré la très grande importance que lui accorde le plan stratégique, ait été pris en considération par les concepteurs du projet de loi n° 127.

2.2 *Personnes élues par la population*

En ce qui concerne les personnes élues, elles passeraient donc, si le projet de loi n° 127 est adopté tel quel, de quatre à deux.

Force est de constater que le mode électif ne soulève que peu d'intérêt au sein de la population et qu'il coûte cher. Selon le rapport 2007-2008 du Vérificateur général du Québec, le taux de participation est infime. Moins de 1 % à l'échelle du Québec lors des élections tenues en 2006. Un très grand nombre de postes sont pourvus par acclamation. Est-il nécessaire de conserver cette méthode ? On peut se poser la question.

Mais le projet de loi n° 127 apporte cependant une nouveauté au mode électif : les candidats devront être des personnes indépendantes, c'est-à-dire des personnes n'ayant pas de relations ou d'intérêts susceptibles de nuire à la qualité de leurs décisions. Le projet de loi offre d'ailleurs une définition du caractère d'indépendance.

Une telle notion d'indépendance n'existe pas dans le texte actuel de la LSSSS. Vaut-il alors la peine de maintenir la procédure d'élection ? La FMOQ souhaite bien entendu que le conseil d'administration d'un CSSS soit

représentatif de son milieu. Dans cette mesure, la possibilité d'y élire des administrateurs indépendants plait à l'esprit. Comme le mentionnait le Vérificateur général, le gouvernement aurait peut-être intérêt, histoire de donner une chance au processus, à mieux faire connaître auprès du grand public le rôle des conseils d'administration et l'importance de participer aux élections.

2.3 Le nombre des administrateurs

La FMOQ est d'accord pour que l'on réduise à quinze personnes le nombre des administrateurs siégeant aux conseils d'administration des établissements. On devrait y gagner en efficacité.

2.4 Durée des mandats des administrateurs

La FMOQ est d'accord pour que le mandat d'un administrateur ait une durée de quatre ans au lieu de trois.

Quant au fait qu'un administrateur ne puisse exercer plus de deux mandats consécutifs, la Fédération se questionne. Est-il nécessaire d'introduire un tel principe ? Ne serait-il pas dommage de se priver de l'apport d'un administrateur apprécié pour ses qualités et qui désirerait continuer à bien servir l'établissement ?

3. NOUVEAU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE ET NOUVEAU COMITÉ DE VÉRIFICATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Le projet de loi n° 127 propose la création de nouveaux comités au sein des établissements. La FMOQ retient que l'idée d'instituer un comité de gouvernance et d'éthique et un comité de vérification dans les établissements de santé a dû s'inscrire dans la voie qui a déjà été tracée suite à l'adoption de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* en 2006.

La démarche que propose le projet de loi n° 127 à cet égard n'est donc pas surprenante. Dans la mesure où les standards actuels de gouvernance imposent à de plus en plus d'organisations le devoir de se doter de tels comités, on peut comprendre que le gouvernement ait cru nécessaire de rendre obligatoire la même formule pour le réseau de la santé, et ce, bien qu'un très grand nombre d'établissements au Québec aient déjà mis en place des comités de vérification et des comités de gouvernance ou d'éthique.

À cet égard, la FMOQ ne peut cependant passer sous silence que les dispositions actuelles de la LSSSS encadrent déjà, et de manière assez serrée, le travail du conseil d'administration d'un établissement. Que ce soit notamment au niveau des responsabilités, des devoirs à accomplir, des exigences de conduite qu'il faut suivre ou de la création de divers comités, peu de sujets ont été oubliés par le législateur au fil des ans.

Par exemple, en vertu de l'actuelle *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* et de son règlement afférent, les conseils d'administration des établissements de santé sont déjà tenus de se doter d'un code d'éthique et de déontologie dont le contenu minimal est déjà standardisé. Le projet de loi n° 127 réfère d'ailleurs à cette dernière loi.

Le nouveau comité de gouvernance et d'éthique viendra-t-il réinventer la roue ? D'aucuns diront que son travail se superposera ou remplacera celui qu'effectuent déjà d'autres personnes portant un chapeau à peu près semblable.

Certes, une nouvelle tâche est mise de l'avant par le projet de loi : celle d'élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration. Fallait-il impérativement instituer un nouveau comité dans la LSSSS pour ce faire ?

En ce qui concerne le nouveau comité de vérification, il y en a déjà plusieurs en fonction un peu partout au Québec. De fait, tout un pan de la LSSSS comprend déjà une série d'articles portant sur la gestion du budget d'un établissement, les règles s'y rattachant, la reddition de compte, la transmission de rapports prévisionnels, statistiques, annuels, la vérification externe, les pouvoirs du vérificateur, la nomination de ce dernier, le renouvellement de ses fonctions. Qui plus est, la Loi accorde à l'agence, tout comme au ministre, de larges pouvoirs d'inspection, d'enquête et de surveillance à l'endroit des établissements.

Il est aussi pertinent de souligner que La LSSSS établit au surplus qu'un établissement doit conclure avec l'agence une entente de gestion et d'imputabilité. À la fin de chaque année, l'établissement doit produire à l'agence un rapport présentant l'atteinte des résultats stipulés à l'entente. Il s'agit d'un document public qui doit aussi être expédié au ministre.

Malgré ce que nous venons d'évoquer, la FMOQ ne s'oppose pas en soi à ce que le gouvernement institutionnalise la création d'un comité de gouvernance et d'éthique et d'un comité de vérification au sein de tous les établissements. Cela permettra sans doute d'uniformiser les principes de gouvernance. La Fédération ne croit cependant pas que l'on bouleversera les pratiques existantes, que l'on allégera les structures ou que l'on réalisera de significatives économies.

4. L'INDÉPENDANCE DES ADMINISTRATEURS ET LES PROFILS DE COMPÉTENCE

Le projet de loi n° 127 mentionne que les deux personnes élues par la population, les deux personnes nommées par le ministre, les trois personnes cooptées et les membres des deux nouveaux comités (gouvernance et vérification), notamment, devront être des personnes indépendantes. Les critères de l'indépendance sont prévus dans le texte du projet de loi. Qui plus est, les deux personnes nommées par le ministre et les trois personnes cooptées devront être choisies en fonction de profils de compétence préétablis par le conseil d'administration.

La FMOQ est d'accord avec le fait de consacrer ces principes. Il est sans doute pertinent de définir le profil des personnes les plus habilitées à occuper ces postes.

5. LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES AGENCES ET LE NOMBRE DES ADMINISTRATEURS Y SIÉGEANT

Le projet de loi n° 127 propose de faire passer de dix-sept à quatorze le nombre d'administrateurs siégeant au conseil d'administration d'une agence. Le médecin omnipraticien désigné par le DRMG resterait en place. La FMOQ s'en réjouit. Ce médecin, à l'instar de celui qui siège sur le conseil d'administration d'un établissement, est un personnage clé.

Le projet de loi met aussi l'emphasis sur l'indépendance et sur le niveau de compétence des membres du conseil d'administration. La durée des mandats passerait, quant à elle, de trois à quatre ans sans possibilité, cependant, de cumuler plus de deux mandats consécutifs.

La Fédération est d'accord avec les changements proposés à la durée des mandats. Quant au principe du terme dans le cumul des mandats, elle réfère aux commentaires qu'elle a déjà offerts au sujet des conseils d'administration d'établissements.

6. NOUVEAU COMITÉ DE GESTION RÉGIONAL

Le projet de loi n° 127 reste laconique sur les responsabilités de ce nouveau comité. Composé du président-directeur général de l'agence et des directeurs généraux des établissements, le comité verra ses rangs se gonfler lorsqu'il sera question des orientations stratégiques de la région. Tous les présidents des conseils d'administration des établissements de la région devront alors être aussi présents aux réunions. On peut penser que l'exercice auquel se livreront les membres de ce comité servira notamment à faire converger les orientations. Ces réunions auront cependant, encore une fois, un coût financier très élevé. Elles généreront aussi de

nouvelles contraintes administratives, ne serait-ce qu'au niveau des rapports qu'il faudra confectionner et produire.

7. PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL D'UN ÉTABLISSEMENT

À l'instar du ministre et des agences, les établissements devront dorénavant établir un plan stratégique pluriannuel en lien avec les orientations nationales et régionales.

La FMOQ ne s'oppose pas au fait que le projet de loi n° 127 veuille renforcer l'idée voulant que les orientations et les priorités d'un établissement doivent être en ligne avec les orientations nationales et régionales. Le fait de consacrer un principe de cohérence entre les plans des différents paliers nous apparaît normal. À tout événement, l'économie de la LSSSS, tout comme la lettre, concourent déjà en ce sens.

Par exemple, le deuxième alinéa de l'article 99.5 spécifie déjà très clairement qu'au niveau des CSSS : *« le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles »*. Parlant de ces ressources disponibles, l'actuel article 284 de la LSSSS prévoit déjà que les prévisions budgétaires d'un établissement, notamment, doivent *« être préparées en fonction des paramètres budgétaires que l'agence a fait connaître, lesquels paramètres sont déterminés en conformité avec ceux transmis par le ministre »*. L'article 350 de la loi stipule enfin que l'agence doit procéder à l'allocation des budgets de fonctionnement des établissements dans la mesure et aux conditions prescrites par le ministre.

Comme on peut le voir, il est déjà prévu que les orientations stratégiques d'un établissement doivent s'inscrire dans une dynamique ministérielle.

8. LE PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL DU MINISTRE

Le projet de loi n° 127 revoit la façon dont le ministre doit envisager l'élaboration de son propre plan stratégique pluriannuel. Les éléments du plan devront couvrir :

- « 1° une description de la mission du ministère ;
- 2° un état des besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci ;
- 3° une description du contexte dans lequel évolue le ministère et les principaux enjeux auxquels il fait face ;

- 4° les orientations stratégiques et les objectifs poursuivis concernant notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population ;
- 5° les résultats visés au terme de la période couverte par le plan ;
- 6° les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats. »

Ces modifications mettent l'emphasis sur l'accessibilité, sur la continuité et sur la qualité des services dont doit traiter le plan stratégique pluriannuel du ministre. Pour la FMOQ, elles s'inscrivent encore ici dans un esprit de cohérence avec les modifications apportées aux dispositions applicables aux agences et aux établissements.

9. LE POUVOIR DU MINISTRE RELATIVEMENT À LA MISE EN TUTELLE D'UN CMDP

Le projet de loi n° 127 propose de donner au ministre, dans des cas exceptionnels, le pouvoir de mettre en tutelle le CMDP d'un établissement, et ce, après avoir obtenu l'avis du Collège des médecins, de l'Ordre des dentistes et de l'Ordre des pharmaciens.

Cette proposition a provoqué en nous stupeur et consternation.

Pourquoi le ministre aurait-il besoin de mettre un CMDP en tutelle ? Quelles sont donc, dans l'esprit du ministre, les circonstances exceptionnelles qui justifieraient une telle intervention de sa part ? La Fédération n'accepte pas que le ministre puisse ainsi se donner un pouvoir de contrôle sur un conseil ayant pour principal objet de voir à la qualité des actes, à la qualité de la médecine.

Si un problème lié à la compétence, à la qualité des services ou au comportement d'un ou de plusieurs médecins surgit au sein d'un établissement, la Fédération tient à rappeler que la LSSSS y pourvoit. En effet, toute une section de la loi est consacrée à l'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien. Toute une chronologie d'événements procéduraux y est prévue. Le comité de discipline peut, dans certains cas, se trouver au bout du processus disciplinaire.

Une foule de sanctions peuvent attendre les professionnels concernés. Dans le cas des médecins, elles vont de la réprimande jusqu'à la révocation totale des privilèges.

Dans tous les cas où une sanction est imposée, le Collège des médecins doit être prévenu.

Indépendamment du processus d'examen et du processus disciplinaire propres à l'établissement, le Collège des médecins possède lui-même son lot de pouvoirs. Ainsi peut-il inspecter le travail qu'accomplissent les médecins, et ce, même dans un établissement du réseau. Pouvoir d'exception en vertu de la LSSSS, il a même accès aux procès-verbaux du CMDP. Il peut prendre des mesures de redressements, lorsque nécessaire, à l'endroit de tout médecin. Le conseil d'administration du Collège des médecins peut au surplus, en vertu du Code des professions, donner des avis à toute personne pour toute situation au sujet de laquelle il estimerait juste de le faire. Le ministre de la Santé et des Services sociaux peut être une de ces personnes. On peut penser sans trop se tromper que le Collège, dans sa mission de protection du public, verrait à alerter le ministre de la santé face à toute situation où il estimerait souhaitable l'intervention de ce dernier.

La FMOQ s'oppose avec vigueur à l'introduction de ce pouvoir dans la LSSSS.

10. NOUVELLES DISPOSITIONS RELATIVES À L'AIDE, À L'ACCOMPAGNEMENT ET AU RENFORCEMENT DES MESURES DE CONTRÔLE

Le projet de loi propose l'introduction d'une nouvelle disposition. L'article 413.1.1. Lorsqu'un établissement éprouve des difficultés relatives à la qualité des services qu'il rend, à son administration, à son organisation ou à son fonctionnement, l'agence peut, sur demande de cet établissement, fournir à celui-ci de l'aide et de l'accompagnement. Cette aide et cet accompagnement doivent faire l'objet d'une entente entre le ministre, l'agence et l'établissement.

Par ailleurs, le projet de loi introduit aussi le nouvel article 433.3. Le ministre peut, de sa propre initiative ou sur recommandation de l'agence, nommer deux observateurs au conseil d'administration d'un l'établissement lorsqu'il estime que ce dernier éprouve des difficultés relatives à la qualité des services qu'il rend, à son administration, à son organisation ou à son fonctionnement.

Il ne semble pas y avoir nécessairement de connexité entre ces deux nouveaux articles. En effet, dans le premier cas, c'est l'agence qui fournit de l'aide à la demande d'un établissement. La nature de l'aide et les résultats attendus sont officialisés par écrit. Dans le cas du nouvel article 433.3, le ministre, indépendamment du nouvel article 413.1.1 relatif à l'aide et à l'accompagnement, peut nommer à sa discrétion deux observateurs au conseil d'administration d'un établissement qui éprouverait des difficultés relatives à la qualité des services qu'il rend, à son administration, à son organisation ou à son fonctionnement.

Est-il nécessaire que le ministre, péremptoirement et à sa seule discrétion, vienne imposer la présence de deux observateurs au conseil d'administration ? Ne devrait-

on pas laisser à la discrétion des parties à l'entente prévue à l'article 413.1.1, selon les circonstances, le soin de déterminer eux-mêmes la nature des modalités propres à l'aide et à l'accompagnement requis, dont celle de nommer des observateurs ?

La FMOQ ne croit pas utile de donner au ministre le pouvoir discrétionnaire de nommer deux observateurs aux conseils d'administration des établissements.

Les agences et le ministre possèdent respectivement leurs propres pouvoirs d'inspection et de surveillance à l'égard des établissements. La LSSSS pourvoit déjà à la gestion des situations problématiques. Qui plus est, le ministre peut même mettre en tutelle tant un établissement qu'une agence. Le projet de loi n° 127 vient d'ailleurs renforcer le pouvoir de tutelle. La durée de l'administration provisoire passerait ainsi de quatre à douze mois et les prolongations de celles-ci de trois à six mois. Le projet de loi ajoute également la notion de « *éprouve des difficultés relatives à la qualité des services qu'il rend, à son administration, à son organisation ou à son fonctionnement* » aux motifs pouvant mener à la tutelle par le ministre. Cela surviendrait-il à la suite de l'échec des objectifs prévus à l'entente tripartite évoquée précédemment ? À la suite d'une inspection régulière ? À la suite du rapport qu'auraient produit au ministre les deux observateurs ?

La Fédération croit que l'exercice de renforcement ne relève pas d'un réel besoin. Ainsi, par exemple, la tutelle a actuellement une durée de quatre mois. Elle peut être prolongée à répétition par le gouvernement de trois mois en trois mois. Avec le projet de loi n° 127, a-t-on, de manière significative, amélioré la gestion du réseau de la santé en permettant au gouvernement de faire le même exercice, mais de six mois en six mois ?

Par ailleurs, par le biais du projet de loi n° 127, le ministre ajoute à ses devoirs en mentionnant qu'il doit s'assurer que les membres des conseils d'administration reçoivent des séances de formation continue. Pourtant, le même projet de loi, dans les nouvelles dispositions relatives au comité de gouvernance et d'éthique, confie à ce dernier la responsabilité d'élaborer un programme de formation continue pour les membres du conseil d'administration. On se retrouve donc dans une situation où le ministre surveillera lui-même si le nouveau comité qu'il vient de créer remplit ses fonctions à l'égard des responsabilités que ce dernier doit lui-même assumer à ce chapitre à l'égard du conseil d'administration ! Le tout alors qu'en vertu des dispositions actuelles de la loi, le conseil d'administration peut déjà nommer les comités dont il a besoin dans la poursuite de sa mission. Dans cette foulée, de nombreux établissements se sont d'ailleurs déjà dotés de programmes de formation continue.

Le projet de loi n° 127, s'il est adopté, donnerait également au ministre le pouvoir de s'immiscer dans le processus de nomination de chacun des directeurs généraux d'établissements.

En définitive, toutes ces mesures de contrôle sont-elles vraiment nécessaires ? Amélioreront-elles vraiment la gestion du réseau ? On peut en douter.

11. COMMENTAIRES ADDITIONNELS ET CONCLUSION

La FMOQ aimerait réitérer au gouvernement qu'elle croit que l'administration des services de santé, à tous les niveaux de gestion, doit se faire dans la cohérence et dans une dynamique souple. Le plus simplement possible.

La Fédération attire notamment l'attention du gouvernement sur le fait que la LSSSS impose à tous les paliers de gestion, dans un contexte de reddition de comptes, la confection et la production de multiples rapports. La multiplication des tâches inhérentes à la production de ceux-ci et la multiplication du temps, des énergies et des sommes d'argent qui semblent devoir y être consacrées mériteraient assurément que le gouvernement s'y penche.

Par ailleurs et au-delà du contenu du projet de loi n° 127, la FMOQ désire rappeler que la ligne d'autorité ministre – agence – établissement doit demeurer suffisamment forte pour que le palier régional ne puisse être écarté par des initiatives locales, par exemple en matière d'organisation des services médicaux de première ligne et de planification des effectifs, mises de l'avant selon des méthodes, des modalités et des finalités qui ne respecteraient pas les orientations nationales, les ententes que signe le ministre avec la FMOQ ou les mandats confiés aux départements régionaux de médecine générale des agences.

Pour la Fédération, le projet de loi n° 127 n'engendrera pas de grandes économies. Il pourrait peut-être même occasionner de nouvelles dépenses. Mais ce projet de loi n'a peut-être pas pour but la réalisation d'économies. Peut-être n'a-t-il pour objet que de mettre en place, de façon uniforme, un nouvel esprit en matière de culture administrative. Si tel est le cas, le projet de loi n° 127 devra faire l'objet de certaines modifications.