Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Projet de loi n° 10

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Déposé le 1er décembre 2014
No. : CSSS-018
Secrétaire

Mémoire de

L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec

Présenté à la

Commission de la santé et des services sociaux

Novembre 2014

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Projet de loi n° 10

Mémoire de

L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec

Présenté à la

Commission de la santé et des services sociaux

Novembre 2014

Association des conseils
des médecins, dentistes
et pharmaciens du Québec

Monsieur le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs les Parlementaires,

L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) vous remercie de lui permettre de présenter ses réflexions concernant ce projet de loi, en vue de modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques, afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau.

Nous aurions grandement souhaité pouvoir échanger avec vous en ce qui a trait aux impacts qu'aura le projet de loi sur les responsabilités des CMDP puisque l'ACMDPQ est l'unique porte-parole de ceux-ci au Québec. Notre apport aux réflexions qui entourent le projet de loi fait nul doute, car les CMDP ont pour noble mission la promotion et la protection de la qualité des soins offerts aux patients.

560, boul. Henri-Bourassa Ouest, bureau 201, Montréal (Québec) H3L 1P4
Téléphone : (514) 858-5885 – Télécopieur : (514) 858-6767 – Site Internet : www.acmdp.qc.ca

Table des matières

PRÉAMBULE 1
INTRODUCTION 1
PREMIER CHAPITRE 2
Cadre législatif et réglementaire 2
Le CMDP : rôle et responsabilités 2
Contrôle de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique 3
Rôle du chef de département 3
Modalités d'un système de garde 4
Plan d'organisation 4
Organisation technique et scientifique 5
DEUXIÈME CHAPITRE 5
commentaires spécifiques concernant le projet de loi n° 10 5
Les CMDP unifiés et la gouvernance clinique 6
La représentativité des établissements publics au sein du CECMDP du CISSS 8
La mobilité 9
Représentant du CMDP au conseil d'administration du CISSS 10
Concentration du pouvoir 10
CONCLUSION 11
RECOMMANDATIONS DE L'ACMDPQ 13
CRÉDITS 14

PRÉAMBULE

L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) est un organisme sans but lucratif qui est voué à l'excellence et à la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. Depuis 68 ans, l'ACMDPQ est l'unique porte-parole des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) au niveau provincial. Les assises de l'ACMDPQ reposent sur une tradition de promotion de la qualité de l'acte professionnel ainsi que sur la promotion d'une concertation des instances médicales et administratives au sein des établissements dans le cadre des dispositions légales en vigueur.

L'ACMDPQ est un lieu où expertise et partage vont de pair afin de faciliter des processus essentiels pour les établissements : élections des officiers des exécutifs de CMDP, octroi et renouvellement de privilèges aux praticiens, fonctionnement des comités du CMDP, tels que le comité des titres, le comité d'évaluation de l'acte professionnel et le comité de pharmacologie.

L'ACMDPQ a pour mission de fournir aux CMDP et à leurs membres le support à la réalisation des responsabilités et obligations qui leur sont dévolues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) par des activités de formation, des tournées et des rencontres régionales favorisant les échanges, des activités de consultations administratives et juridiques, et par la diffusion d'informations légales concernant les CMDP ou toute autre action jugée opportune.

L'ACMDPQ est dirigée par un conseil d'administration composé de professionnels qui sont membres actifs d'un CMDP membre de l'ACMDPQ. Les administrateurs proviennent des seize régions administratives du Québec.

Le présent mémoire se veut le résumé d'une réflexion à laquelle la grande majorité de nos membres ont participé. C'est donc dire que nos propos reflètent les positions de nos membres.

INTRODUCTION

Tous les professionnels de la santé, les acteurs du réseau et la population en général s'entendent pour dire qu'une révision en profondeur de l'organisation et de la gouvernance du système de santé s'imposait. L'ACMDPQ en fait partie. Là où nous sommes inquiets, c'est au niveau du manque de consultation auprès des acteurs-clés qui œuvrent sur le terrain, de même que la vitesse grand V à laquelle cette réingénierie s'impose sans compter l'incertitude que laisse planer le projet de loi par le manque d'éléments structurants d'un point de vue clinique et qui sont forcément rattachés à la structure administrative.

N'ayant pas de précisions quant aux impacts de cette réforme sur l'organisation clinique, autre que la volonté exprimée par le ministre d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services auprès des usagers, il semble difficile de faire un lien direct avec la gouvernance proposé par le projet de loi 10 et la volonté exprimée par le ministre.

Il nous apparaît irresponsable d'entériner le projet de loi tel qu'il est proposé, sans en connaître les tenants et aboutissants réels. À titre d'exemple, le projet de loi accorde des pouvoirs sans précédent au ministre de la Santé et des Services sociaux, mais aucun moyen pour le rappeler à l'ordre en cas de dérive. Entre quelles mains ce pouvoir se retrouvera-t-il dans un avenir plus ou moins lointain ?

Bref, certains aspects du projet de loi nous inquiètent quant à la qualité, la sécurité et l'accessibilité des soins offerts à la population québécoise. Nous nous questionnons sur les gains réels qui prévaudront à la suite de cette réforme.

À cet égard, nous soulèverons certaines interrogations, mises en garde. Nous aborderons quelques pistes de solutions nous apparaissant raisonnables et rassurantes concernant les CMDP et par conséquent, l'organisation et la gouvernance clinique des établissements.

PREMIER CHAPITRE

CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

Quelques précisions quant au cadre législatif et réglementaire touchant les CMDP et qui ne semblent pas affectées par le projet de loi. Néanmoins, il nous apparait essentiel de les mentionner afin de signifier l'importance de les maintenir ou mieux encore, de les bonifier.

Le CMDP : rôle et responsabilités

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[1] édicte le rôle et les responsabilités qui incombent au CMDP de chaque établissement. Elle fait état qu'un CMDP doit être formé dans tout établissement où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens. Il est notamment responsable envers le conseil d'administration de l'établissement de s'assurer du contrôle de la qualité de l'acte professionnel posé par ses membres, d'élaborer les modalités d'un système de garde, de recommander un plan d'organisation et de donner son avis sur l'organisation technique et scientifique au sein de l'établissement. Aux fins de ce mémoire, les autres responsabilités ne seront pas abordées.

Afin d'assumer pleinement ses responsabilités, ladite loi autorise le CMDP à adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement.

[1] LSSSS, L.R.Q., c. S-4.2, art. 213 et suivants

Contrôle de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Trois principaux mécanismes sont mis en œuvre par le CMDP afin de contrôler la qualité de l'acte professionnel de ses membres. Ces mécanismes sont déployés par des comités obligatoires du CMDP, soit le Comité des titres, le Comité d'évaluation de l'acte et le Comité de discipline.

Par le biais de son Comité des titres, le CMDP s'assure que les statuts et privilèges de pratique de chaque médecin ou dentiste et le statut de chaque pharmacien correspondent à ses compétences. Après étude de chacune des candidatures, le comité émet ses recommandations au Comité exécutif (CECMDP) qui veille à les acheminer au conseil d'administration de l'établissement. Le CECMDP recommandera, également, les obligations qui seront rattachées à la jouissance des privilèges octroyés par le conseil d'administration.

Le Comité d'évaluation de l'acte, pour sa part, veille au contrôle et à l'appréciation de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique. Pour ce faire, il procède, entre autres, à des études de dossiers de soins en veillant à ce que le contenu médical, dentaire et pharmaceutique soit conforme au *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*[2] ainsi qu'à ceux adoptés par l'établissement. Il juge de la qualité et de la pertinence des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques donnés aux patients. Le comité étudie des diagnostics préopératoires, postopératoires et anatomo-pathologiques, examine les dossiers des patients ayant présenté des complications et étudie les cas de décès survenus dans l'établissement. De plus, le comité révise périodiquement le traitement prescrit pour les infections nosocomiales et pour les affections les plus fréquentes dans l'établissement.

Finalement, le Comité de discipline étudie, à la demande du CECMDP, une plainte concernant la qualité des services fournis par un médecin, dentiste ou pharmacien, sa compétence, sa diligence, sa conduite ou son observance du ROAE, des règlements de l'établissement ou de ceux du CMDP. Après étude de la plainte, il rédige un rapport qu'il remet au CECMDP.

Rôle du chef de département

Les responsabilités du chef de département sont bien précisées dans la *LSSSS* tant envers le CMDP qu'envers le directeur des services professionnels de l'établissement. Cette double responsabilité rend le chef du département un acteur incontournable pour l'organisation des services et la qualité de ceux-ci.

On retrouve, entre autres, les responsabilités suivantes sous l'autorité du CMDP[3] pour le chef de département :

- Surveiller l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la pharmacie;

[2] ROAE, RLRQ, c. S-5, r.5
[3] LSSSS, L.R.Q., c. S-4.2, art. 190

- Élaborer des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les privilèges et statut et sur les obligations des membres (département de pharmacie : seulement statut).

Sous l'autorité du directeur des services professionnels, le chef de département doit[4] :

- Coordonner et gérer les activités professionnelles des membres du département;
- Faire la liste de garde conformément aux règlements du CMDP et veiller à son application;
- Élaborer des règles d'utilisation des ressources médicales, dentaires ou pharmaceutiques, ainsi que les règles d'utilisation des ressources matérielles;
- Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées;
- Informer le DSP ou le CMDP de l'inobservation de ces règles par un membre;
- S'assurer du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés;
- Gérer les ressources humaines matérielles et financières dans le cas des départements de radiologie, biologie médicale ou pharmacie selon le plan d'organisation adopté par le Conseil d'administration;
- S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et des services pharmaceutiques dans son département.

C'est dans cette optique qu'il demeure important que le chef de département ou le médecin gestionnaire demeure minimalement sous l'autorité du CMDP.

Modalités d'un système de garde

Le CMDP est responsable d'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins de l'établissement.

Plan d'organisation

La *LSSSS*[5] prévoit que tout établissement doit préparer un plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique. Ce plan décrit les structures administratives de l'établissement, ses directions, ses services, ses départements de même que ses programmes cliniques.

Le plan d'organisation, sur recommandation du CMDP, doit prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques. Il indique le nombre de médecins

[4] LSSSS, L.R.Q., c. S-4.2, art. 189 en conformité avec l'art.214
[5] LSSSS, art. 183 et suivants

omnipraticiens, de médecins spécialistes, par spécialité, de dentistes généralistes et de dentistes spécialistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun des départements et services.

Dans le cas d'un centre désigné *centre hospitalier universitaire* ou *institut universitaire*, le plan d'organisation doit également indiquer la répartition, entre les médecins, des tâches relatives à l'activité clinique, à la recherche et à l'enseignement.

Hormis quelques exceptions, le plan d'organisation d'un établissement doit prévoir la formation d'un département clinique de médecine générale qui doit être sous la responsabilité d'un médecin omnipraticien.

Il doit également prévoir l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques de l'établissement.

Organisation technique et scientifique

Le CMDP contribue à une utilisation judicieuse des ressources en donnant son avis sur des règles élaborées à cet effet. Il est un acteur clé pour l'organisation technique et scientifique du centre ainsi que sur la façon dont les soins doivent être distribués en complémentarité entre les établissements. Les CMDP deviennent donc des incontournables dans une réorganisation clinique et administrative d'un système de soins de santé.

Bien que le projet de loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, il apparaît évident que les modifications proposées ébranlent les assises cliniques.

Eu égard à ce qui précède, l'ACMDPQ est hautement préoccupée par les dispositions du projet de loi qui visent les aspects médico-administratifs relevant du CMDP et qui influent sur la qualité et l'accessibilité des soins offerts à la population.

DEUXIÈME CHAPITRE

COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES CONCERNANT LE PROJET DE LOI N° 10

Comme la *LSSSS* prévoit qu'il y ait un CMDP[6] par conseil d'administration d'établissement, on ne peut que supposer la fusion des différents CMDP actuellement en place ainsi que ses comités obligatoires découlant de la loi. En effet, ignorant la structure sous le PDG et le PDG adjoint tant administrative que clinique, on ne peut que prendre en considération cette éventualité.

[6] Si le nombre de membres le permet.

Il appert important de mentionner que le CMDP d'un établissement est une entité autonome, qui fonctionne efficacement, promeut et assure la qualité et la sécurité des soins en contribuant à l'organisation clinique pertinente et efficiente. En effet, le CMDP finance généralement ses activités par les cotisations de ses membres, soit les médecins, les dentistes et les pharmaciens qui œuvrent au sein de l'établissement. Notez que de très nombreuses tâches, inhérentes aux responsabilités du CMDP, sont accomplies de façon bénévole.

Les CMDP unifiés et la gouvernance clinique

Le projet de loi propose l'abolition des établissements publics entrainant ainsi l'abolition des conseils d'administration de ceux-ci et conséquemment, l'unification de leurs CMDP respectifs. Le tout au profit d'un établissement régional appelé *centre intégré de santé et des services sociaux* (CISSS).

Tel que nous le soulignions, dans notre mémoire sur le projet de loi n°28 *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, en juin 2001, et ce, eu égard au rôle et aux responsabilités du CMDP, tout établissement ayant au moins cinq médecins, dentistes et pharmaciens devait nécessairement avoir un CMDP. À cette époque nous étions contre l'idée d'unifier les CMDP; nous le sommes toujours.

La notion de CMDP unifiés nous apparaît à risque et contraire aux visées du ministre, puisqu'elle engendrerait démobilisation et inefficacité. Nous nous expliquons.

L'unification de plusieurs CMDP d'établissements créera un méga CMDP dissocié des réalités locales de ses membres, répartis sur plusieurs sites. Cette situation sera inévitable, ne serait-ce qu'en raison des distances à parcourir, de la méconnaissance du milieu, des différences de pratiques cliniques et de la mission de chacun. C'est sans compter sur le risque omniprésent de l'effet démobilisateur que cette mesure pourrait avoir sur les membres des CMDP.

Il n'est pas réaliste de croire qu'une majorité des membres du CMDP se présenteraient à une assemblée générale s'ils ont à se déplacer sur une grande distance ou s'ils sont de garde dans un autre site. Or, si les membres ne participent pas aux activités du CMDP, ce dernier arrivera difficilement à créer un sentiment d'appartenance ou à susciter un intérêt pour les fonctions médico-administratives relevant de celui-ci. Nous croyons qu'il s'agit là d'un bien grand risque pour le réseau. Les membres du CMDP sont des professionnels de la santé jouissant de l'autonomie professionnelle.

Dans un autre ordre d'idées, la gestion d'un CMDP composé de quelques dizaines ou quelques centaines de membres est une chose, la gestion multisites de milliers de membres en est une autre. De nombreuses interventions ne peuvent se faire par téléphone ou par visioconférence. Il nous semble audacieux de croire qu'un CECMDP puisse gérer les problèmes quotidiens, de même que les situations d'urgence, tout en étant à distance de ces sites. Il ne sera pas rare que plus d'un site se retrouve avec un problème requérant l'intervention immédiate du CECMDP.

Cela nous amène à penser que le président d'un méga CMDP se verrait contraint d'abandonner ses activités cliniques, faute de temps à leur consacrer. Or, selon nous, un président se doit d'être un clinicien qui vit et comprend les enjeux quotidiens du terrain.
Nous ne saurions passer sous silence, l'immense chantier que représenterait la révision de tous les règlements de régie interne des départements, toutes les règles de soins et toutes les ordonnances collectives existants dans chacun des CMDP d'établissements avec l'orientation d'uniformisation.

Après réflexion, plusieurs questions surgissent, notamment :

- Qui acceptera d'agir à titre de président du méga CMDP ?
- Au prix de quelles concessions professionnelles et familiales, le fera-t-il ?
- Comment assurer la qualité et l'accessibilité des soins à distance ?
- Comment répondre aux besoins de la clientèle hétéroclite des établissements fusionnés?

Tout ceci nous conduit à nous demander, comment à l'intérieur d'une aussi gigantesque structure, le CMDP peut-il s'assurer de la qualité, de la pertinence, de l'efficience et de la sécurité des soins dispensés à la population québécoise?

Plus que jamais, nous sommes persuadés que la solution passe par une réelle gouvernance clinique. Des structures cliniques favorisant la proximité des services doivent guider la création des structures administratives et non l'inverse. L'implication et l'imputabilité des acteurs-clés (chefs de département, membres du CMDP) dans l'identification des problèmes et le choix des solutions, dans la gouvernance des projets de transformation et dans l'amélioration continue nécessitent une délégation de pouvoirs afin de ramener la décision au cœur de l'action.

L'essence même d'une gouvernance clinique reposant sur les assises d'un CMDP, de ses chefs de département et de ses membres est de rapprocher la perspective organisationnelle et la perspective professionnelle par le développement et l'implantation d'initiatives visant les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles[7].

Intensifier, par exemple, le rôle du chef de département avec l'objectif d'établir une organisation de services au sein des départements et de leurs services afin de favoriser l'accessibilité et la continuité des soins et services aux usagers, de simplifier les processus cliniques et administratifs, et ce, tant localement que sur le territoire du CISSS, de mesurer les processus actuels afin de trouver les solutions appropriées, de les implanter et de se mesurer de nouveau.

[7] Brault I. Roy D.A., Denis J.L. Pratiques et organisations des soins. 2008

Un CMDP central avec des équipes dédiées localement afin d'assurer les activités obligatoires du CMDP sur l'ensemble du territoire permettrait de maintenir la participation et la responsabilisation de tous les secteurs tout en les soutenant dans leurs activités ce qui parfois fait défaut actuellement. Ainsi, nous pourrions voir un changement de culture plutôt que de structure.

Le projet de loi 10 prévoit le maintien du département régional de médecine générale (DRMG). Dans un souci d'efficacité et d'éviter un dédoublement, nous croyons que le DRMG devrait relever au même titre que n'importe quel autre département du CMDP pour les mêmes responsabilités telles que citées au préalable. Les tables territoriales demeureraient au niveau local tel qu'actuellement.

L'ACMDPQ s'engage à proposer des structures de gouvernance clinique qui vont favoriser la mobilisation, la qualité et la pertinence des soins, de même que l'accessibilité aux services de santé.

L'**ACMDPQ** recommande qu'un amendement au projet de loi permette le maintien des CMDP locaux et la création d'un CMDP central avec une décentralisation de certains pouvoirs tout en assurant la coordination et le soutien aux CMDP locaux en fonction des enjeux régionaux.

L'**ACMDPQ** recommande que le ministre instaure l'implantation d'une réelle gouvernance clinique, au service du patient, favorisant la proximité des services et un cheminement plus fluide dans le continuum de soins.

L'**ACMDPQ** recommande que le DRMG relève du CMDP au même titre que n'importe quel autre département.

La représentativité des établissements publics au sein du CECMDP du CISSS

Tous savent fort bien qu'une fusion imposée apporte indubitablement son lot d'inquiétudes menant à des réticences et des guerres de clochers. Il existe un risque réel que de gros établissements, ou de mieux pourvus en termes de plateaux techniques[8], engloutissent tous les autres dans leur région sociosanitaire, les privant ainsi des ressources nécessaires à la dispensation des soins.

Au-delà de la représentativité, il y a la responsabilité inhérente du CMDP comme l'évaluation de l'acte ou le processus de nomination et de renouvellement des statuts et privilèges. Il ne faudrait pas qu'un établissement fusionné cesse toutes activités relevant du CMDP. Il faut

[8] Ensemble des installations, des appareils, des dispositifs médicaux et des ressources nécessaires au diagnostic et au traitement des patients.

encourager cette participation et la soutenir en maintenant le soutien clérical et administratif dans chacun d'eux.

Ainsi l'ACMDPQ n'acceptera pas que les CMDP fassent les frais d'une telle fusion. Il est primordial, si un réel succès est souhaité, que les milieux les mieux nantis soutiennent ceux qui le sont moins. Pour assurer la qualité et l'accessibilité des soins et répondre aux besoins de leur clientèle, les CMDP doivent pouvoir compter sur un partage équitable des ressources humaines, techniques et financières tant sur le plan clinique qu'administratif. Nous sommes entièrement favorables à un tel partage et nous sommes convaincus de sa plus-value si, et seulement si, celles-ci sont accessibles à tous les milieux formant le CISSS.

À cette fin, nous affirmons que la représentativité des CMDP locaux au sein du CECMDP du CISSS doit être assurée tant d'un point de vue qualitatif (diversité des missions, des spécialités et des secteurs de soins) que d'un point de vue quantitatif (tous les établissements en fonction de leur grosseur et de leur population à desservir).

L'**ACMDPQ** recommande que la représentativité au sein du CECMDP du CISSS corresponde aux milieux qui le composent en termes qualitatifs et quantitatifs tout en demeurant efficient.

L'**ACMDPQ** recommande qu'un partage équitable des ressources humaines, techniques et financières soit considéré comme étant une des clés du succès de cette réingénierie.

Statuts, privilèges et obligations

Considérant que les statuts, les privilèges et les obligations découlant des privilèges ont été accordés par le conseil d'administration de l'établissement où travaille le médecin, dentiste ou pharmacien et considérant l'éventuel nouveau conseil d'administration du CISSS au 31 mars 2015, nous suggérons que les statuts, privilèges et obligations actuels s'appliquent tels qu'accordés jusqu'à leur renouvellement.

Le renouvellement se fera en fonction du règlement de département en place. Advenant la non-révision de ceux-ci suite à la fusion des établissements et en fonction du nouveau plan d'organisation des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques, nous suggérons de procéder au renouvellement en fonction du règlement de département local auquel appartenait le professionnel avant la fusion.

Ne connaissant pas le futur plan d'organisation du CISSS, il importe de clarifier cet élément.

La mobilité

La mobilité s'inscrit dans une suite logique du partage équitable des ressources humaines. Néanmoins, elle ne doit pas se faire au détriment de la qualité des soins, de l'accessibilité aux services de soins de santé ni même du sentiment d'appartenance.

Afin d'assurer une efficacité de la mobilité des membres de CMDP, il est fondamental que celle-ci respecte certaines règles d'équité, à savoir, des distances à parcourir raisonnables, l'accès à des plateaux techniques convenables, des consultations au préalable et autres. Nous ne saurions cautionner une mobilité forcée ou même improvisée. La mobilité à tout prix n'est pas un gage de qualité pour les usagers ni d'efficience pour le réseau.

Une fois de plus, l'ACMDPQ s'engage à collaborer activement, avec les acteurs concernés, à l'élaboration et au déploiement de mesures de mobilité après analyse afin de s'assurer de la qualité et de l'efficience découlant de cette mobilité.

L'**ACMDPQ** recommande que soient mises en place des directives favorisant l'élaboration de mesures de mobilité, respectueuses des patients, des membres de CMDP et des organisations.

Représentant du CMDP au conseil d'administration du CISSS

L'article 8, alinéa 2°, concernant la nomination d'une personne du CMDP de l'établissement, précise l'exclusion d'un médecin omnipraticien. Cette exclusion est très certainement en relation avec la nomination d'un médecin du territoire relevant du DRMG. On semble donc viser que le CMDP soit représenté par un médecin spécialiste. Il y a aussi des pharmaciens et des dentistes au sein des CMDP.

De plus, dans de nombreux établissements du Québec la présence des médecins omnipraticiens est importante à un point tel que les services essentiels reposent entièrement sur leurs épaules considérant la faible présence de médecins spécialistes. De plus, le DRMG pourrait cibler des médecins omnipraticiens qui n'ont aucune activité clinique dans un établissement et avoir très peu de connaissance qu'en à la réalité que vivent les médecins omnipraticiens en établissement.

Comme CMDP, tous nos membres sont importants. Nous souhaitons avoir la possibilité d'identifier les membres les plus aptes de par leur connaissance du milieu, leur expérience ou leurs compétences, et ce, sans catégorie d'exclusion.

L'**ACMDPQ** recommande de modifier l'article 8, alinéa 2° pour qu'il n'y ait de catégorie de membres exclus.

Concentration du pouvoir

L'ACMDPQ s'interroge sur la nécessité de la centralisation du pouvoir tel qu'il apparaît dans le projet de loi. Le libellé présenté laisse croire qu'aucun organe du système de la santé et des services sociaux n'a rempli ses fonctions ni atteint ses objectifs. Ce à quoi nous nous inscrivons en faux.

Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé et des Services sociaux promeut l'utilisation de la méthode Lean Six Sigma au sein des établissements. Or, le projet de loi fait prendre un virage à 180° au réseau de la santé. La concentration du pouvoir va à l'encontre de tous les principes de saine gestion, de participation collaborative, de gouvernance d'organisations apprenantes et de gouvernance clinique. De plus, que faisons-nous de l'approche populationnelle mise en place lors de la réforme Couillard?

Le ministre a-t-il bien soupesé les conséquences à moyen et long termes d'une telle concentration du pouvoir ?

Cette concentration ne doit pas déresponsabiliser la base et éteindre par le fait même toute initiative innovante.

L'**ACMDPQ** recommande que des amendements soient apportés au projet de loi afin de décentraliser certains pouvoirs, ou à tout le moins, les limiter dans le temps.

La structure à venir est un facteur déterminant dans l'implantation des changements à venir.

L'**ACMDPQ** recommande que le ministre fasse connaître rapidement les orientations concernant l'organisation clinique.

Il faudrait reconsidérer certains CISSS dans leur constitution en lien avec nos commentaires afin que leur gestion clinique ou administrative soit performante. Des notions de grandeur de territoire (Km^2), de population, de membres de CMDP et d'employés ainsi que de cohésion clinique devraient être prises en considération dans cette transformation.

L'**ACMDPQ** recommande que le ministre élabore des critères pour faciliter la gestion des CISSS et que ceux-ci soient à échelle humaine.

CONCLUSION

Tout comme le ministre, nous croyons qu'une diminution de la bureaucratie doit être envisagée dans cette réforme. Par contre, la solution nous fait croire que ce sont les établissements que nous abolirons et non les agences.

Nous croyons que dans le futur, il faudra éviter de faire proliférer les structures de contrôle et de reddition au profit de l'imputabilité professionnelle.

L'ACMDPQ affirme haut et fort qu'une réingénierie, telle que proposée dans le projet de loi n° 10 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, se doit de passer par un leadership clinique réel, mis en place par une gouvernance clinique assurée par les CMDP.

Les CMDP, tel qu'ils existent présentement, ont mis en place des mesures qui assurent la qualité des soins, leur sécurité et leur pertinence tout en favorisant leur accessibilité, et ce, peu importe le type de clientèle à desservir, le milieu de soins et la mission des établissements.

Au cœur d'une réforme aussi importante que celle annoncée par ce projet de loi, il importe de maintenir les structures qui ont fait leurs preuves. Les CMDP font, sans conteste, partie de celles-ci.

L'ACMDPQ souligne au ministre, qu'elle offre sa collaboration aux travaux, déjà entrepris ou à venir, des comités directeurs ou groupes de travail que le ministère instaurera pour mener à bien sa réforme. De tout temps, l'ACMDPQ a été consultée concernant les transformations du réseau. Ses opinions tiennent compte des réalités et des préoccupations vécues par ses membres, les CMDP du réseau québécois de santé.

L'ACMDPQ a toujours et aura continuellement à cœur l'amélioration du système de santé.

RECOMMANDATIONS DE L'ACMDPQ

1. L'**ACMDPQ** recommande qu'un amendement au projet de loi permette le maintien des CMDP locaux et la création d'un CMDP central avec une décentralisation de certains pouvoirs tout en assurant la coordination et le soutien aux CMDP locaux en fonction des enjeux régionaux.

2. L'**ACMDPQ** recommande que le ministre instaure l'implantation d'une réelle gouvernance clinique, au service du patient, favorisant la proximité des services et un cheminement plus fluide dans le continuum de soins.

3. L'**ACMDPQ** recommande que le DRMG relève du CMDP au même titre que n'importe quel autre département.

4. L'**ACMDPQ** recommande que la représentativité au sein du CECMDP du CISSS corresponde aux milieux qui le composent en termes qualitatifs et quantitatifs tout en demeurant efficient.

5. L'**ACMDPQ** recommande qu'un partage équitable des ressources humaines, techniques et financières soit considéré comme étant une des clés du succès de cette réingénierie.

6. L'**ACMDPQ** recommande que soient mises en place des directives favorisant l'élaboration de mesures de mobilité, respectueuses des patients, des membres de CMDP et des organisations.

7. L'**ACMDPQ** recommande de modifier l'article 8, alinéa 2° pour qu'il n'y ait de catégorie de membres exclus.

8. L'**ACMDPQ** recommande que des amendements soient apportés au projet de loi afin de décentraliser certains pouvoirs, ou à tout le moins, les limiter dans le temps.

9. L'**ACMDPQ** recommande que le ministre fasse connaître rapidement les orientations concernant l'organisation clinique.

10. L'**ACMDPQ** recommande que le ministre élabore des critères pour faciliter la gestion des CISSS et que ceux-ci soient à échelle humaine.

CRÉDITS

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction de ce mémoire portant sur le projet de loi n° 10 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, les personnes suivantes :

Docteur Martin Arata, Président, ACMDPQ
Docteure Stéphanie Borduas Pagé, administratrice, ACMDPQ
Docteur Denis Coulombe, Vice-président, ACMDPQ
Docteure Geneviève Desbiens, administratrice, ACMDPQ
Docteure Nathalie East, administratrice, ACMDPQ
Docteure Gabrielle Gagnon, administratrice, ACMDPQ
Madame Annick Lavoie, directrice générale, ACMDPQ
Docteur Alain Lévesque, administrateur, ACMDPQ
Madame Josée Martineau, Vice-présidente, ACMDPQ
Docteur Mario Pelletier, administrateur, ACMDPQ
Docteure Geneviève Richer, conseillère et administratrice, ACMDPQ
Docteur Roger Savard, administrateur, ACMDPQ
Docteur Jacques Tremblay, secrétaire-trésorier, ACMDPQ

ainsi que tous les officiers des CECMDP membres de l'ACMDPQ qui ont participé à la tournée provinciale de consultation.