**Proposition du Regroupement Québécois de Médecins pour une Décentralisation du Système de Santé (RQMDSS)**

**pour une structure de gouvernance dans les installations de soins aigus du Québec**

Présentée à :

M. François Legault

Premier Ministre du Québec

M. Christian Dubé

Ministre de la Santé et des Services Sociaux du Québec

M. Patrick-Emmanuel Parent

Conseiller politique principal du Ministre de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Mme Dominique Savoie

Sous-Ministre à la Santé et aux Services Sociaux

*Comité de rédaction*

Dr Daniel Kaud, MD

Dr Muriel Laurans, MD

Dr Thomas M Hemmerling, MD

Dr Nicolas Saumart-Dufour, MD

Dr Marie-Claude Blouin, MD

3 septembre 2020

**Table des matières**

[Résumé 3](#_Toc50059932)

[Introduction 5](#_Toc50059933)

[Directeur Général Adjoint (DGA) opérationnel et local 6](#_Toc50059934)

[Directeur de Services Professionnels (DSP) opérationnel local avec un pouvoir décisionnel 10](#_Toc50059935)

[Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) opérationnel et local avec un pouvoir décisionnel 13](#_Toc50059936)

[Table des chefs de départements opérationnelle et locale avec un pouvoir décisionnel 16](#_Toc50059937)

[La situation actuelle (depuis la réforme de 2015) 16](#_Toc50059938)

[La situation depuis l’arrivée de la COVID-19 17](#_Toc50059939)

[Des exemples : un système qui tue 18](#_Toc50059940)

[Définition du rôle d’un chef de département 19](#_Toc50059941)

[Directeur Clinique (DC) dans les CHSLD 21](#_Toc50059942)

[Conclusion 23](#_Toc50059943)

[Lexique 24](#_Toc50059944)

[Annexe 1 25](#_Toc50059945)

[Structure organisationnelle de la direction des services professionnels au sein des CI(U)SSS 25](#_Toc50059946)

[Annexe 2 49](#_Toc50059947)

[Modèle hybride de l’imputabilité du système de santé et des services sociaux 49](#_Toc50059948)

# Résumé

Notre association fait la recommandation suivante de restructuration du système de santé du Québec afin de redonner une gouvernance locale aux établissements de santé du Québec que sont les centres hospitaliers de soins aigus et les CHSLD.

* Les éléments fondamentaux de la structure du système de santé telle que définie par la loi 10 demeurent inchangés et intègres. Le cadre légal actuel demeure donc inchangé et respecté.
* Un **conseil d’administration** **(CA)** **unique et central** pour chaque établissement CISSS/CIUSSS.
* Un **Directeur Général** (DG) central pour chaque établissement CISSS/CIUSSS.
* Créer un poste de **Directeur Général Adjoint (DGA) local** pour chaque centre hospitalier de soins aigus et chaque CHSLD.
* Chaque DGA local serait autonome, opérationnel et aurait un réel pouvoir décisionnel.
* Chaque DGA se rapporterait directement au conseil d’administration de l’établissement CISSS/CIUSSS auquel est rattachée l’installation.
* Cette modification est conforme au cadre législatif actuel de la loi 10 ainsi qu’à la *Loi sur la santé et les services sociaux*.
* Créer un poste de **Directeur des Services Professionnels** **(DSP) local** pour chaque centre hospitalier de soins aigus.
* Chaque DSP local serait autonome, opérationnel et aurait un réel pouvoir décisionnel.
* Chaque DSP local se rapporterait au DGA local de son installation ainsi qu’au DG et au CA de l’établissement CISSS/CIUSSS.
* Cette modification est conforme au cadre législatif actuel de la loi 10 ainsi qu’à la *Loi sur la santé et les services sociaux.*
* Créer des Conseils des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) locaux pour chaque centre hospitalier de soins aigus
* Chaque CMDP local aurait son propre Comité Exécutif, Comité des Titres et Comité d’Évaluation de l’Acte.
* Chaque **Comité Exécutif du CMDP local** se rapporterait directement au conseil d’administration de l’établissement CISSS/CIUSSS auquel est rattaché le centre hospitalier.
* Cette modification est conforme au cadre législatif actuel de la loi 10 ainsi qu’à la *Loi sur la santé et les services sociaux.*
* Nommer des **chefs de départements et de services locaux** dans chaque centre hospitalier de soins actifs.
* Ces chefs siégeraient à une **table locale des chefs** de départements et de services
* Les chefs de départements et de services se rapporteraient directement au DSP local
* Cette modification est conforme au cadre législatif actuel de la loi 10 ainsi qu’à la *Loi sur la santé et les services sociaux.*
* Créer des postes de **Directeurs Cliniques (DC)** **locaux** pour chaque CHSLD
* Chaque DC local serait autonome, opérationnel et aurait un réel pouvoir décisionnel
* Chaque DC local se rapporterait au DGA local de son installation (s’il y a lieu) ou au DG et au CA de l’établissement CISSS/CIUSSS
* Cette modification est conforme au cadre législatif actuel de la loi 10 ainsi qu’à la *Loi sur la santé et les services sociaux.*

L’instauration d’une gouvernance locale accrue au sein de chaque installation d’un CI(U)SSS n’exempte pas ces dernières de leur obligation de maintenir un lien fort de collaboration entre elles. Ainsi, les différentes instances locales (DGA, DSP, CECMDP, chefs de départements locaux) devront se réunir périodiquement avec leurs homologues des autres installations du CI(U)SSS afin d’assurer une cohérence et une bonne coordination dans l’offre de soins et services au sein d’un même CI(U)SSS.

# Introduction

Ce document a pour but de détailler une proposition de projet pour l’implantation d’une structure de gouvernance locale dans les installations de soins aigus du Québec. Ce document est préparé par le Regroupement Québécois de Médecins pour une Décentralisation du Système de Santé (RQMDSS) qui dénombre actuellement six cent vingt-cinq (625) médecins du terrain issus de plus de soixante centres hospitaliers du Québec.

En créant les CISSS et les CIUSSS, la *Loi 10* avait comme objectif de régionaliser les ressources médicales sur des territoires géographiques précis dans le but de tenter de diminuer les coûts associés à l’administration des services médicaux et d’améliorer l’accessibilité et la qualité des services offerts aux citoyens d’un territoire. La création de ces centres intégrés a mené à une centralisation de l’administration de tous les départements et services de multiples installations de santé sous une direction commune.

Après quatre ans d’efforts pour faire fonctionner la fusion, il est devenu apparent que cette centralisation s’est faite au détriment de la qualité des soins offerts à la population. Malgré les efforts importants des nouveaux administrateurs des CIUSSS et des CISSS, il est devenu clair que la tâche d’administrer ces super structures de façon centralisée, est simplement trop grande pour être faite adéquatement.

Les CISSS et CIUSSS sont composés d’un nombre énorme d’installations diverses pouvant comprendre plusieurs CHSLD, plusieurs centres de réadaptation, plusieurs hôpitaux de soins aigus médicaux, parfois un hôpital psychiatrique, une DPJ, et plusieurs CLSC. Ces installations sont de taille très variée, et sont souvent assez éloignées les unes des autres. Surtout, elles ont des missions souvent complètement différentes. Elles ont donc inévitablement des façons de faire qui sont différentes parce qu’elles sont adaptées à leur mission respective et aux populations qu’elles desservent. Malgré les meilleures intentions, des administrateurs centralisés et en nombre restreint, ne peuvent adéquatement dédier un temps suffisant à chaque installation afin d’en bien comprendre les particularités et les besoins de chacun d’entre eux.

L’éloignement des cadres a exacerbé leur déconnexion avec les intervenants sur le terrain. La tentation d’instaurer des politiques mur à mur est omniprésente alors que le « sur mesure » serait beaucoup plus approprié pour de multiples établissements de dimension, d’organisation et de vocation complètement différentes. Les problématiques locales sont donc souvent et bien malheureusement gérées de façon inefficace et parfois inappropriée.

La crise sanitaire actuelle a mis en évidence cette problématique inhérente au système de gouvernance hyper-centralisé actuel. Durant la première vague de cette crise, les médecins sur le terrain ont dû établir des comités informels afin d’organiser une réponse coordonnée et structurée permettant de réussir à bien traiter les patients atteints de COVID-19. Bien que les administrateurs aient été présents pour chapeauter cet effort, il s’est avéré évident que la complexité énorme associée à l’organisation d’une réponse rapide et complète à cette crise sanitaire nécessitait inévitablement l’expertise des médecins et pharmaciens dans chaque installation afin d’être réussie. Il est possible, ou même probable que les instances locales, avec une perspective adaptée à la réalité de leur terrain, auraient pu – et pourraient dans le futur - mieux gérer ces enjeux.

Pour pallier à cette problématique, nous suggérons la mise en place d’un modèle de gouvernance locale dans les installations de santé de soins aigus comportant un Conseil des Médecins Dentistes et Pharmaciens (CMDP) et une table des chefs opérationnels et locaux, un Directeur des Services Professionnels (DSP) opérationnel et local ainsi qu’un Directeur Général (DG) local et opérationnel. Nous allons détailler chacune de ces structures dans le texte ci-dessous en précisant le rôle, les responsabilités et les avantages de chaque élément de la structure proposée. Bien que notre association propose une gouvernance locale pour les installations de soins aigus, nous nous permettons de proposer des solutions additionnelles pour améliorer la gestion et l’efficience des CHSLD et des départements d’urgence.

# Directeur Général Adjoint (DGA) opérationnel et local

La réalité des dernières années de travail dans les hôpitaux fusionnés et dirigés par des instances extérieures, nous a fait réfléchir à l’importance d’avoir un administrateur local sur le terrain. Les multiples décisions quotidiennes qui doivent être prises dans un centre hospitalier sont très difficiles à réaliser lorsque le pouvoir décisionnel n’est pas présent sur place. Dans la récente crise de la COVID-19, des délais décisionnels cruciaux ont eu de lourdes conséquences sur les soins et la vie des patients du système de santé. Malgré la mise sur pied spontanée de plusieurs comités ad-hoc médicaux d’urgence pour gérer cette crise, l’absence de pouvoir décisionnel local et l’attente d’approbation par l’établissement a eu pour conséquence des délais de traitement, de prévention et de dépistage. Une gestion plus locale ainsi qu’une imputabilité des responsabilités aurait permis des décisions rapides et des solutions applicables. La gestion, à distance, d’une direction d’établissement qui n’a souvent jamais mis les pieds dans l’hôpital ne peut connaitre adéquatement les besoins et les défis de ce dernier. Par exemple, les grandes différences de mission et de population entre un grand centre universitaire et un petit hôpital communautaire, justifient une gestion différente des ressources et besoins.

La présence d’un Directeur Général Adjoint (DGA) local et opérationnel permettrait de protéger les caractéristiques particulières de chaque installation. Ce dernier assurerait une interaction directe entre la communauté et l’installation. Il permettrait de s’assurer de maintenir une offre de services pertinente pour la population et de s’adapter à ses besoins. Cela pourrait aussi permettre à la Fondation de l’installation d’avoir un contact réel et une collaboration régulière avec la direction de l’hôpital.

**► Le poste de DGA local pour chaque établissement de santé (Ex : Centres hospitaliers et CHSLD) est conforme au cadre législatif actuel de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.**

Dans la structure actuelle des CISSS et des CIUSS, c’est le conseil d’administration (CA) qui a pour mandat de:

1. Adopter le plan stratégique et le rapport annuel de gestion;
2. Approuver l’entente de gestion et d’imputabilité;
3. Approuver les états financiers;
4. S’assurer de l’accessibilité aux services de l’établissement sur l’ensemble du territoire sous sa responsabilité;
5. S’assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l’efficacité des services dispensés;
6. S’assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
7. S’assurer de l’utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
8. S’assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;
9. S’assurer du suivi de la performance et de la reddition de compte des résultats;
10. S’assurer du respect de la mission d’enseignement et de recherche lorsque l’établissement exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire, le cas échéant.*[[1]](#footnote-1)*

Le CA doit aussi :

1. Nommer les hors-cadres et les cadres supérieurs;
2. Nommer le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services conformément aux dispositions de l’article 30;
3. Nommer les médecins et les dentistes, leur attribuer un statut, leur accorder des privilèges et prévoir les obligations qui y sont rattachées;
4. Nommer les pharmaciens et leur attribuer un statut, le cas échéant;
5. Conclure les contrats de services conformément aux dispositions de l’article 259.2, le cas échéant;
6. Allouer les ressources financières à chacun des établissements qu’il administre et déterminer la partie de ces ressources financières qui doit être réservée au paiement des ressources de type familial et des ressources intermédiaires qui sont rattachées à ces établissements.*[[2]](#footnote-2)*

Dans la structure que nous proposons, il n’est pas question de modifier les pouvoirs ou la structure des conseils d’administration des CIUSS/CISSS. En effet, la structure et la représentativité de nos populations dans la loi actuelle fait en sorte que cette entité peut diriger adéquatement les différents centres, si elle détient les informations nécessaires, venant des gens impliqués localement. La problématique actuelle réside dans le fait que le directeur général de ces immenses structures, souvent situé à distance considérable de plusieurs hôpitaux, n’est pas au courant de ce qui se passe sur le terrain, ne pouvant remplir adéquatement sa fonction de coordination et de surveillance de l’activité clinique des centres. Il ne peut donc rapporter au CA, tel que prévu dans la loi, la gestion complète et exacte des différents centres.

La loi prévoit que le DG d’un établissement doit :

*« Le directeur général est responsable, sous l’autorité du conseil d’administration, de l’administration et du fonctionnement de tout établissement que le conseil administre et en assure la gestion courante des activités et des ressources. Il rend compte de sa gestion au conseil d’administration.*

*Le directeur général veille à l’exécution des décisions du conseil d’administration et s’assure que soit transmise à ce dernier toute l’information qu’il requiert ou qui lui est nécessaire pour assumer ses responsabilités.*

*Le directeur général de tout établissement doit, outre les fonctions prévues à l’article 194, s’assurer que la coordination et la surveillance de l’activité clinique exercée dans le centre soient effectuées. »[[3]](#footnote-3)*

Un ou plusieurs DGA peuvent être nommés pour assister le DG dans ses tâches, comme d’ailleurs nous le constatons dans les organigrammes de plusieurs centres (exemple ci-dessous : CIUSSS du Nord-de-l’Île). Dans l’organigramme, les trois DGA présents pourraient être remplacés par des DGA locaux pour l’hôpital Jean-Talon, l’hôpital Fleury et l’hôpital Rivière des prairies. N’ajoutant pas de structure ou de coûts aux structures existantes. Délestés de la gestion des trois établissements, le DGA local pourrait se concentrer seul sur la gestion globale du territoire et des différentes directions sous-jacentes à son propre hôpital.



*Gouvernement du Québec. Centre intégré universitaire du Nord de l’Ile de Montréal. Organigramme -haute direction. 15/06/2020. Repéré à Haute\_direction\_CIUSSS\_20200614.pdf*

**Nous proposons donc la présence de directeurs généraux adjoints (i.e. DG locaux d’un centre hospitalier), qui seraient représentants de chacun des centres hospitaliers de l’établissement.**

Ces DGA seraient obligatoirement sur place en tout temps dans le centre hospitalier, assurant une présence continue et effectuant la coordination, la gestion des ressources et la surveillance de l’activité clinique tel que prévu par la loi. Ces DGA, nommés par le ministre, devraient se rapporter directement au CA de l’établissement central, assurant ainsi une autonomie de gestion par rapport au DG de l’établissement et permettant une protection des intérêts du centre hospitalier en question. Par ailleurs, pour assurer une bonne cohérence dans la coordination entre les différentes installations d’un CI(U)SSS, les DGA locaux des centres hospitalier et le DG du CI(U)SSS se réuniraient périodiquement. Ces rencontres permettraient d’assurer le continuum de soins au sein du CI(U)SSS ainsi que la coordination de la trajectoire des patients entre les différentes installations du CI(U)SSS.

Inspiré d’un modèle hybride de l’imputabilité du système de santé et services sociaux, le DGA ou DG local, aurait un pouvoir accordé par le CA de l’établissement ainsi qu’un budget opérationnel pour son installation. Le DG local serait responsable du personnel de soutien administratif, de la salubrité, du stationnement, du soutien au personnel médical, du personnel de la finance, des ressources humaines, de la paie, des technologies de l’informatique, etc.. Il travaillerait en équipe avec les différents directeurs du CIUSS pour la gestion du personnel ou des immobilisations.  Le DGA serait ainsi au courant, et imputable, des détails et des problématiques du terrain. Il pourrait détecter rapidement et rendre compte au CA des situations problématiques comme celles survenues récemment dans le contexte de la COVID-19.

L’indépendance du DGA de l’hôpital par rapport au DG du CIUSS/CISSS est primordiale. De nombreux cas d’intimidation et d’abus de pouvoir du gros centre sur le petit ont été déclarés à notre groupe. La fusion des centres a eu, dans plusieurs cas, une attitude colonialiste entre le plus gros centre et les petits hôpitaux périphériques : Appropriation des postes médicaux et postes d’autres professionnels (pharmaciens, nutritionnistes, inhalothérapeutes, etc.), utilisation des salles opératoires du petit centre par le gros centre sans, en retour, d’offre de service supplémentaire à la population, obligation de garde dans le gros centre par des médecins du petit centre, même au prix d’une découverture locale...

**Nous croyons que nos patients doivent avoir un DGA local qui défend leurs intérêts et travaille sur place, dans l’hôpital, à s’assurer de la qualité des services offerts**. Ce dernier doit travailler en collaboration avec les instances dirigeantes du CIUSS (DSI/DG/DSP) mais de façon indépendante et en rendant compte au CA et au ministère directement. Ce DGA doit travailler à temps plein, sur place, dans l’hôpital. De plus, le comité de sélection de ce DGA devrait contenir au minimum 3 membres de l’hôpital en question soit un membre du CMDP, un membre de la communauté et un membre de la fondation et faire ses recommandations au CA de l’établissement.

Les fondations d’hôpitaux fusionnés sont d’ailleurs les grandes perdantes dans le processus actuel. L’éloignement du pouvoir décisionnel ainsi que le fait que l’hôpital n’est plus impliqué dans les choix de travaux ou de projets majeurs rend très difficile de trouver des vocations à plusieurs dons importants. Les montants recueillis ne sont pas orientés car les représentants des CIUSS ne connaissent pas les besoins réels, sur le terrain, des hôpitaux. Les donateurs sont démotivés devant la piètre utilisation de leur argent dans un système de santé pourtant si nécessiteux.

# Directeur de Services Professionnels (DSP) opérationnel local avec un pouvoir décisionnel

Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, un Directeur des Services Professionnels (DSP) est responsable de la coordination et de la surveillance de l’activité professionnelle et scientifique dans tout centre exploité par un établissement de santé (CH, CLSC, CPEJ, CHSLD ou CR). Il s’agit toujours d’un médecin. Le DSP est nommé après consultation du Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) ainsi que, dans le cas d’un établissement qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, après consultation de l’université à laquelle l’établissement est affilié.

Dans un centre hospitalier (i.e. centre ayant pour mission d’offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés), la création d’un poste de DSP est **obligatoire**. Dans les autres établissements (CLSC, CPEJ, CHSLD, CR), la nomination d’un DSP est facultative et dépend du plan d’organisation de l’établissement (art. 202 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.S.S.S.*). La *L.S.S.S* stipule donc clairement que tout établissement de santé peut nommer un DSP.

**► La nomination d’un DSP pour chaque établissement de santé (Ex : Centres hospitaliers et CHSLD) est conforme au cadre législatif actuel de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.**

Sous l’autorité du directeur général, le directeur des services professionnels doit :

1. Diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de départements cliniques;
2. Obtenir des avis des chefs de départements cliniques sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins, dentistes et pharmaciens des divers départements cliniques;
3. Appliquer les sanctions administratives qui s’imposent lors du non-respect par un membre du CMDP des règles et des modalités de fonctionnement de son département et en informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et les chefs de département clinique concernés;
4. Surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et s’assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par l’établissement;
5. Prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu’un examen, une autopsie ou une expertise exigé en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès soit effectué;
6. Remplir les obligations prévues au Code civil et à la Loi sur le curateur public, en matière de régimes de protection des personnes inaptes et de mandat de protection;
7. Assumer toute autre fonction prévue au plan d’organisation de l’établissement.

**En résumé, un DSP est le véritable chef d’orchestre et leader des médecins, dentistes et pharmaciens d’un hôpital**. Il est la personne-ressource à joindre pour toute problématique concernant directement la qualité et l’efficience des soins dispensés dans un hôpital ou pour tout conflit au sein des équipes de travail. Il est impératif pour lui de bien connaître le terrain, les médecins avec qui il collabore et les différentes problématiques particulières à son hôpital. Un contact étroit avec les réalités concrètes de son lieu de travail ainsi que la proximité avec les médecins locaux a nécessairement un impact direct sur la rapidité d’intervention pour solutionner une problématique quelle qu’elle soit, ce qui favorise le bon fonctionnement des départements et des services sous sa responsabilité. Avoir une proximité et une présence continue et soutenue d’un DSP localement favorise un sentiment d’appartenance et favorise aussi le soutien d’initiatives locales et innovantes. Un DSP local confère également une plus grande imputabilité au médecin qui assume cette fonction du fait de sa proximité avec les médecins de son installation.

Par ailleurs, le problème des longs délais d’attente dans les salles d’urgence peut être tributaire de facteurs très différents d’un centre hospitalier à l’autre. Une multitude de facteurs peuvent entrer en ligne de compte et être très variés d’un hôpital à l’autre. Ainsi, un DSP local, de par sa connaissance du terrain et des témoignages directs des médecins de son hôpital peut entreprendre des actions ciblées et adaptées à la réalité propre à son hôpital afin d’améliorer les performances de sa salle d’urgence. Au contraire, un DSP de CI(U)SSS qui doit gérer plusieurs centres hospitaliers et qui élabore un plan d’action uniforme pour l’ensemble des hôpitaux sous sa charge, peut rater la cible pour un hôpital en particulier dont les caractéristiques propres ne concordent pas avec la stratégie adoptée. Les plans d’action doivent évidemment être adaptés et personnalisés à chaque hôpital, en fonction de ses défis particuliers.

Il y a actuellement 32 DSP en fonction au Québec (<http://fmrq.qc.ca/pem-prem-en-mf/liste-directeur-services-professionnels>). Cependant, plusieurs des établissements dotés d’un DSP se sont également dotés de postes de DSP adjoints afin de répondre à l’énorme défi de gestion que représente pour chacun de ces DSP le fait de devoir prendre en charge plusieurs installations relevant de leur établissement.

Prenons comme exemple le Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de la Montérégie Est (CISSSME), qui regroupe les centres hospitaliers Pierre-de-Saurel (Sorel-Tracy), Honoré-Mercier (St-Hyacinthe) et Pierre-Boucher (Boucherville). Même si cet établissement ne compte officiellement qu’un DSP, il y a dans les faits 3 autres postes de DSP adjoints :

1. Un directeur adjoint des services professionnels - RLS Pierre-De Saurel, Partenariat médical en 1ère ligne et coordination des activités hospitalières (i.e. DSP responsable des omnipraticiens/médecins de famille de tout le CISSSME, mais basé à Sorel-Tracy).
2. Un directeur adjoint des services professionnels – RLS Honoré-Mercier, Volet 2° ligne médecine spécialisée (i.e. DSP responsable des médecins spécialistes de tout le CISSSME, mais basé à St-Hyacinthe).
3. Une Adjointe à la DSP du CISSSME par intérim basée au RLS Pierre-Boucher.

Ainsi, plutôt que de compter un seul DSP, le CISSSME compte dans les faits 4 DSP, si on comptabilise les DSP adjoints, pour 3 centres hospitaliers. Ces DSP/DSP adjoints ont des fonctions partielles/amputées et qui chevauchent plusieurs centres hospitaliers. Ils doivent faire la navette entre les différents sites, et ne sont donc présents que quelques jours par semaine ou même par mois dans chaque centre hospitalier. Il serait de façon évidente beaucoup logique et efficace d’avoir plutôt 3 DSP distincts locaux pour chaque centre hospitalier, chacun avec une pleine autorité pour son propre centre hospitalier. Un DSP local toujours présent sur place dans un seul centre hospitalier et ayant sous sa responsabilité l’ensemble des médecins (omnipraticiens et spécialistes) de ce centre hospitalier. Pour l’exemple concret du CISSSME, la création de 3 postes de DSP locaux pour chacun des 3 centres hospitaliers ne représente pas réellement la création de nouveaux postes puisque ces postes existent déjà. Autrement dit, il ne s’agit que d’une responsabilisation du DSP local et cela se ferait donc sans réel coût ajouté puisqu’il y a déjà officieusement 4 postes dédiés à la fonction de DSP/DSP adjoints dans le CISSSME.

Une situation semblable à celle décrite pour le CISSSME prévaut dans plusieurs autres établissements du Québec. Nous vous invitons à consulter en annexe une analyse réalisée par Mme Kim Ngan Le Nguyen intitulée « Structure organisationnelle de la direction des services professionnels au sein des CI(U)SSS ». Cette analyse confirme que plusieurs CI(U)SSS comportent déjà plusieurs postes de DSP adjoints en plus de leur DSP principal. En effet, pour 22 établissements de type CI(U)SSS analysés, il existe non pas 22 postes de DSP (i.e. un poste de DSP par établissement) mais bien 80 postes de DSP/DSP adjoints.

Il semble donc faux de croire que de doter chaque centre hospitalier de son DSP propre représenterait une dépense nécessairement accrue. S’il existe 173 centres hospitaliers au Québec susceptibles de se doter d’un DSP propre et local, il ne faut pas nécessairement conclure que cela équivaut à passer de 32 à 173 postes rémunérés de DSP. Compte tenu du nombre important de DSP adjoints actuellement présents dans les mégastructures que sont les CISSS et les CIUSSS qui ne seraient alors plus requis, il est raisonnable d’estimer que cette restructuration se ferait à coût égal ou alors supérieur de façon négligeable. Par ailleurs, le gain en efficience, en temps de réaction écourté sur le terrain et en pertinence d’intervention serait à coup sûr rentable et justifierait à lui seul l’investissement requis pour autant que cette restructuration représente réellement un investissement accru, ce qui n’est pas nécessairement le cas pour les raisons évoquées plus tôt.

**Nous croyons fermement que le fait d’octroyer un DSP local ayant pleine autorité et un réel pouvoir décisionnel dans chaque centre hospitalier du Québec aurait un impact positif majeur sur l’organisation et l’efficience de la dispensation des soins au Québec.**

La rentabilité d’une telle restructuration ne fait aucun doute à nos yeux et s’inscrit parfaitement dans l’axe de la pertinence et rentabilité des soins. En particulier, nous croyons que de doter chaque centre hospitalier d’un DSP local pourrait permettre d’affronter la 2ème vague de pandémie de COVID-19 de manière beaucoup plus efficace, efficiente et sécuritaire. Enfin, un DSP local pour chaque centre hospitalier aurait assurément un impact positif majeur sur l’amélioration des délais d’attente dans les salles d’urgence. Les DSP locaux de chaque centre hospitalier d’un CI(U)SSS pourraient se rencontrer périodiquement afin d’assurer une bonne cohérence dans la coordination des activités professionnelles au sein du CI(U)SSS.

# Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) opérationnel et local avec un pouvoir décisionnel

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* édicte le rôle et les responsabilités qui incombent au CMDP de chaque établissement (LSSS art. 213 et suivants).

**► La Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule qu’un CMDP doit être formé dans tout établissement ou exercent au moins 5 médecins, dentistes ou pharmaciens.**

Le CMDP 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 des 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. Le CMDP d’un établissement est composé de tous les membres détenant des privilèges de pratique dans cet établissement.

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.

**C’est par le biais de son comité exécutif que le CMDP s’assure de faire respecter la qualité de l’acte dans son établissement.**

Il est important de noter 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. **Le CMDP finance généralement ses activités par les cotisations de ses membres qui œuvrent au sein de l’établissement. Notez que de très nombreuses tâches, inhérentes aux responsabilités du CMDP, sont accomplies de façon bénévole.**

Nous sommes d’avis que suite à l’implantation de la loi 10, la formation de méga-CMDP sous l’égide des CISSS et CIUSSS a contribué à la démobilisation de beaucoup de ses membres de même qu’à une perte d’efficience quant à la capacité de gestion de la qualité de pratique dans les établissements de santé.

En effet, souvent composés de plus de mille membres, les nouveaux CMDP peinent à comprendre et à prendre en charge efficacement les enjeux clinques de chaque milieu qu’ils représentent car ces derniers sont trop nombreux et très souvent situés à distance du lieu où les décisions sont prises. Le rôle fondamental des CMDP tel qu’édicté par la LSSS étant notamment la gestion efficiente de la qualité de l’acte clinique, il devient difficile de bien remplir ce rôle lorsque situé à distance et déconnecté de la réalité du terrain.

Plusieurs des membres de notre association se sont engagés depuis l’introduction de la loi 20 auprès des comités exécutifs du CMPD (CECMDP) de leur nouvelle institution et ils peuvent témoigner de grandes lacunes quant à la capacité du CMDP à prendre en charge tous les enjeux pertinents quant à la qualité de la pratique sur leur territoire. Par exemple, la structure actuelle a créé une organisation particulièrement centrée sur les hôpitaux et les enjeux qui y sont reliés. Par conséquent, peu de représentativité sur ces CECMDP n’est offerte aux enjeux des autres installations, notamment les CLSC et CHSLD, dont la réalité du terrain demeure actuellement méconnue. Nous avons pu constater au cours des derniers mois les conséquences catastrophiques d’une telle situation.

Finalement, nous pensons que la fusion des CMDP des anciens CSSS sous l’égide des CISSS et CIUSSS a mené à une démobilisation générale de ses membres. En effet, ces nouvelles structures étant dissociées des réalités locales de ses membres et répartis sur plusieurs sites, une perte du sentiment d’appartenance fut inévitable. Or la bonne gestion clinique et la qualité de l’acte dépend de la capacité des membres à faire entendre leurs problématiques et à bien comprendre les recommandations formulées par leur CMDP.

De plus, les différentes installations de plusieurs CISSS étant situés à plus d’une heure de distance les uns des autres, il devient pratiquement impossible aux différents membres des d’assister aux assemblées générales des CMDP, ce qui contribue d’autant plus à la démobilisation.

Tout ceci nous amène à conclure qu’à l’intérieur de si gigantesques structures, le CMDP ne peut plus s’assurer de la qualité, de la pertinence, de l’efficience et de la sécurité des soins dispensés à la population québécoise.

**Pour toutes ces raisons, nous suggérons la mise en place de CMDP locaux dans les différentes installations des CIUSSS et CISSS.**

Ceci nous apparait la solution la plus efficace pour s’assurer d’un véritable contrôle de la qualité de l’acte offert aux populations que nous desservons. Ceci nous apparaît également comme la solution la mieux adaptée pour correspondre à l’esprit de la loi.

Ces CMDP locaux seraient chapeautés par un comité exécutif (CECMDP), lui aussi local, tel que prévu par la loi, et devraient également constituer les mêmes comités obligatoires que ci-haut mentionnés.

Les CECMDP locaux :

* Seraient formés de 5 à 10 membres tout au plus, selon la taille du centre hospitalier et le nombre total de membres du CMDP
* Rendraient compte chacun de leurs travaux et recommandations directement auprès des CA des CIUSS et CISSS actuellement existants. Ceci permettrait aux CA d’avoir un reflet plus véridique des enjeux clinques locaux de chaque installation.
* Prendraient part à une table des CECMDP locaux des différents centres hospitaliers regroupés au sein d’un même CI(U)SSS. Ces tables auraient pour mandat d’assurer la coordination et la communication entre les différents CMDP d’un même CI(U)SSS.

À notre avis, les CMDP locaux permettraient l’implantation d’une réelle gouvernance clinique locale au service du patient, favorisant la proximité des services et un cheminement plus fluide dans le continuum de soins.

# Table des chefs de départements opérationnelle et locale avec un pouvoir décisionnel

## La situation actuelle (depuis la réforme de 2015)

Depuis la réforme Barrette, les chefs locaux des départements ont été supprimés. Malgré le fait que les Plans de Répartition des Effectifs Médicaux (PREM) soient demeurés dans les hôpitaux respectifs, la gouvernance des départements et des services locaux a été centralisée. Ainsi, la gouvernance des petits hôpitaux et de leurs départements est assurée par un chef représentant l’ensemble des départements et services respectifs du CISSS ou CIUSSS. Par conséquent, les représentants locaux des départements ou services se retrouvent sans aucun pouvoir décisionnel et donc soumis aux décisions majoritaires émanant des départements plus importants en taille.

La collaboration, la prise de décision constructive et l'autonomie locale ont été remplacées par la prise de décision de la majorité de méga-structures fusionnées. Les prises de décision sont dorénavant prises de façon directive par un chef central, sans aucun pouvoir donné aux représentants locaux: en fait, certains chefs de département ont insisté sur le fait que le terme "chef local", ou chef de service, a été délibérément abandonné.

Ainsi, les chefs de départements et de services centraux ont hérité de tout le pouvoir décisionnel, depuis le processus de recrutement - même si le recrutement devrait normalement impliquer les équipes locales, la prise de toute forme de décision, et même jusqu’en matière d’achat ou répartition d'équipement. Bref, la gouvernance locale a été tout simplement abolie.

Par ailleurs, accéder au poste de chef de département d'un CISSS/CIUSSS devient un défi pratiquement impossible pour un médecin ne provenant pas de l'hôpital principal. En effet, la loi de la majorité s’appliquant, les membres du département le plus populeux des centres hospitaliers compris dans le CISSS/CIUSSS choisissent logiquement et invariablement, sauf exception, un membre de leur groupe pour devenir chef. Cet effet pervers de la centralisation a sévèrement restreint un processus démocratique où chaque personne, membre d'un département, devrait normalement avoir les mêmes chances de devenir chef, peu importe son hôpital d’attache.

Par exemple, au CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal, il n'y a pas un seul chef de département qui vienne d'un autre hôpital que celui du Sacré-Coeur.

**La réforme Barrette a établi une structure centraliste et absolutiste où les droits des minorités ne sont plus respectés ; à l'instar d'un régime absolutiste, elle a non seulement créé un sentiment d'impuissance et de frustration chez les professionnels des plus petits hôpitaux, mais aussi une atmosphère de peur de parler et d'exprimer son opinion (omerta), par crainte de répression.**

## La situation depuis l’arrivée de la COVID-19

Avec l'arrivée de la COVID-19, la déconnexion des chefs centraux par rapport aux besoins et réalités locales a été douloureusement révélée et a mis en danger la santé et la vie des patients et des travailleurs de la santé.

La concentration de tous les pouvoirs entre les mains des chefs de département centraux a entrainé une lenteur du processus de prise de décision, où les membres et les "représentants" locaux devaient d'abord se battre pour le droit d'être impliqués ou entendus sur les problèmes locaux qui les visent de manière particulière, puis une seconde longue prise de décision où, en fin de compte, la décision était prise par le chef central, ignorant souvent complètement ou allant simplement à l'encontre des conseils et des besoins locaux.

Non seulement le retard dans la prise de décision a causé un danger pour le personnel de santé et un danger pour les patients, y compris des décès, mais les décisions reflétaient uniquement une réalité de l'hôpital central, et non pas par des hôpitaux communautaires.

Il existe de ***nombreux exemples*** de ce type d'abus de pouvoir centralisateur et absolutiste de la part des chefs centraux tout au long de la pandémie, ce qui ne fait que cristalliser l'abus de pouvoir général des chefs de département, en accord avec les directives de leur DSP respectif.

La démotivation, la frustration, le désespoir et la peur sont à leur comble chez les représentants locaux d'un département dans un hôpital communautaire donné, ce qui entraine de fréquentes démissions, un dysfonctionnement de l'organisation et, au bout du compte, met en danger la qualité des soins de santé de la population québécoise.

La crise sanitaire et le manque de gestion centrale adéquate ont forcé certains médecins des CIUSSS à passer à l’action, en dépit de tout et en désespoir de cause : spontanément, et sous le regard mauvais des chefs de départements centraux, des « tables de chefs locaux » ont vu le jour: par obligation envers la bonne qualité d’acte, et au nom de la protection des employés dans les hôpitaux et de la population : il y avait des vies en jeux !

Les tables de chefs locales qui ont spontanément vu le jour par nécessité ont pu, tout au long de la crise de la première vague de COVID-19, adéquatement identifier les besoins de leur centre communautaire respectif; ces tables locales ont ainsi pu s’outiller afin de réagir en temps opportun, avec des plans adaptés à leur réalité locale, et se doter de la capacité, de l’humilité et de l’agilité nécessaires pour s’ajuster le moment venu.

Malheureusement, la structure des CIUSSS étant ce qu’elle est, toutes les idées et les plans élaborés à la table des chefs locaux devaient être soumis, discutés, approuvés et mis en œuvre par des instances décisionnelles centralisées, soit le Comité de Planification et d’Intervention en sécurité civile (COPIN), et le comité des mesures d’urgence, notamment. Puisque ces instances étaient déjà elles-mêmes surchargées par d’innombrables demandes diverses dans le contexte d’une crise sanitaire sans précédent, les délais se sont étirés, les réponses partielles et non adaptées à notre réalité locale se sont multipliées, et nos préoccupations se sont accumulées devant l’impossibilité de préparer un hôpital communautaire adéquatement.

## Des exemples : un système qui tue

Exemple 1

Un premier exemple démontrant la faiblesse du système centraliste fut la gestion de l’établissement des trajectoires des patients COVID.

Le plan suggéré par les équipes locales d’un centre hospitalier a été remis en question de façon répétée par la direction du CIUSSS, cette dernière se basant sur des informations erronées liées à une méconnaissance des lieux physiques de l’hôpital en question.

Le trajet adopté par la direction centrale a été jugé non sécuritaire par la table de chefs locaux puisque ce dernier permettait le passage de patients infectés par la COVID-19 (chauds) dans des zones fréquentées par des patients non infectés (froids) et des employés non dédiés aux patients infectés, avec tout le risque de contamination que ceci importe., alors que ceci aurait pu être évité.

Exemple 2

Une décision unilatérale a été prise par le chef de département d’anesthésie d’un CIUSSS, à l’effet qu’il était interdit d’intuber les patients dans une salle pourtant jugée optimale par la table des chefs locaux pour la sécurité des patients et le personnel, et que les anesthésistes devaient plutôt intuber les patients à l’urgence. Cette décision a été prise par une personne ne travaillant pas à l’hôpital communautaire et ne connaissant pas les enjeux de sécurité qui avaient mené à l’élaboration du projet par les anesthésistes locaux. Cette décision a eu pour conséquence l’intubation difficile et dangereuse des patients dans une petite salle exigüe et non sécuritaire à l’urgence, plutôt que dans la salle qui avait été jugée plus adaptée.

La table de chefs locaux a exprimé ses préoccupations sur toutes les plateformes et les anesthésistes ont réitéré tour à tour leur malaise et leur inquiétude par rapport à la sécurité des patients et du personnel pendant ces procédures.

La table des chefs locaux se faisait répondre de façon répétée par les gestionnaires que ces salles à l’urgence étaient adéquates, ce qui était faux selon l’avis de tous les spécialistes locaux (intensivistes, urgentistes, anesthésistes, inhalothérapeutes).

Exemple 3

Le représentant local de la chirurgie d’un autre centre communautaire a proposé un plan consistant à placer les patients dans des chambres isolées en postopératoire dès le début de la pandémie ; cette proposition, émanant uniquement du représentant local, a été rejetée par le chef central. Les patients ont donc été placés dans des chambres de 2 à 4 patients, au lieu d'être isolés, ce qui a entrainé l'infection de plusieurs patients par la COVID-19 et pour certains, leur décès.

En résumé

Si nous ne rétablissons pas la gouvernance locale, si nous ne redonnons pas le pouvoir décisionnel aux chefs locaux, si nous ne recréons pas un système où la grande majorité des décisions sont prises par une table de chefs locaux, nous ne pourrons pas gérer la crise actuelle de la COVID - et en effet, il est maintenant clair qu'elle durera quelques années, avec des vagues qui nous frapperont encore régulièrement, mettant en danger la santé de la population québécoise et celle des travailleurs de la santé du Québec.

Force est d’admettre que le système actuel est trop déconnecté de la base et de la réalité clinique du terrain pour bien fonctionner. La structure décisionnelle en place au sein des CIUSSS n’a pas permis une coordination et une préparation optimale des hôpitaux communautaires, et on appelle à une réflexion approfondie afin de prendre des actions concrètes afin de corriger et d’ajuster le tir, et ceci de la manière la plus rapide possible afin de pouvoir faire face à une deuxième vague.

Il est maintenant temps d’adapter notre système de santé à une nouvelle réalité, il est maintenant temps d’être courageux et de reconnaitre nos bons coups mais également nos erreurs et nos échecs.

**Nous voulons aussi souligner que, selon nous et selon des avis d’experts légaux obtenus dans le passé, une réorganisation telle que nous la proposons est en accord avec la présente Loi 10.**

## Définition du rôle d’un chef de département

Pour un centre hospitalier, un chef de département clinique bien outillé peut contribuer à une meilleure organisation des services, un exercice professionnel de qualité et, en conséquence, à l’amélioration de la réponse aux besoins des malades.

Les responsabilités du chef de département sont bien décrites dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Elles sont intimement liées d’une part au Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP), lequel est responsable envers le conseil d’administration de l’établissement, et d’autre part envers la Direction des Services Professionnels.

Le chef de département clinique est nommé pour tout au plus quatre ans par le conseil d’administration après consultation des médecins, dentistes et pharmaciens.

Une synthèse des dispositions législatives relatives aux responsabilités du chef de département clinique pourrait se décrire ainsi :

* Responsabilités envers le directeur des services professionnels (local)
* Coordonner les activités professionnelles
* Gérer les ressources médicales, dentaires ou pharmaceutiques
* Élaborer des règles d’utilisation des ressources et voir à leur bonne application
* Gérer les ressources de leur département
* Faire la liste de garde et veiller à son application
* S’assurer de la distribution appropriée des soins.

Les responsabilités du chef de département envers du CMDP sont les suivantes :

* Surveiller la façon dont s’exercent la médecine, l’art dentaire et la pharmacie dans son département;
* Élaborer des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d’utilisation des médicaments;
* Donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder et sur les obligations rattachées à ces privilèges.

**► La création de postes de chefs de département locaux autonomes et pourvus d’un pouvoir décisionnel est conforme au cadre législatif actuel de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.**

Voici un extrait d’un jugement légal de 2016 :

*« En vertu de l’annexe 1 de la loi modificative, l’hôpital (communautaire) n’a pas été fusionné au CIUSSS. L’hôpital est un « établissement public administré par le CA de l’établissement public issu de la fusion. »*

*Autrement dit, l’hôpital a été regroupé en ce qu’il a de manière administrative, mais il est toujours un Établissement distinct au sens de la loi.*

*L’article 55.1 de la loi modificative ne limite d’aucune façon le porté des articles 184, 185 et 188 de la LSSSS.*

*Le plan d’organisation du CIUSSS doit donc prévoir la création des départements cliniques pour chaque hôpital, à ce titre, ce centre hospitalier et les départements doivent être dirigés par des chefs de département issus de l’hôpital. »*

De plus, le ministre à l’origine de la réforme et de l’implantation de la loi 10, le Dr Gaétan Barrette, avait prévu une marge de manœuvre ministérielle importante en cas d’urgence ou de dysfonctionnement du système et des structures créées :

« Le ministre peut, par règlement, prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle de la direction des établissements publics. Également, de la même manière, prescrire toute autre mesure qu’un établissement doit respecter afin de permettre une meilleur organisation et une saine gestion des ressources de l’établissement, notamment quant aux programmes à mettre en place et à la prestation des services aux usagers. »

**Nous recommandons la création de tables de chefs locaux ayant une autonomie et un réel pouvoir décisionnel dans leur propre établissement.**

# Directeur Clinique (DC) dans les CHSLD

La première vague de la crise sanitaire de COVID-19 a mis en évidence une problématique sérieuse dans les CHSLD du Québec. Plusieurs problèmes semblent découler du fait qu’il n’y avait pas sur le terrain une personne qui était responsable de surveiller et corriger les déterminants principaux de la qualité des soins dans chacune de ces installations. En l’absence d’un gestionnaire sur le terrain qui connait bien le milieu et qui peut bien cerner les problèmes parfois subtils ou complexes, les CHSLD sont gérés par des administrateurs à distance qui tardent à identifier et corriger ces problèmes de façon rapide et efficace. La lenteur et l’inefficience dans la prise des décisions découlant de ce manque de chef clinique sur place a contribué sans doute à alourdir le bilan de la pandémie dans les CHSLD.

Le gouvernement s’est déjà publiquement montré favorable à rétablir des Directeurs Généraux Adjoints pour chaque CHSLD de la province. Nous saluons cette décision qui nous apparaît plus que nécessaire, voire impérative et même urgente.

Par ailleurs, outre une direction générale locale, il serait tout aussi important de rétablir une forme de direction des services professionnels dans chaque CHSLD localement.

Pour les CHSLD, historiquement et antérieurement à l’implantation de la loi 10, les DSP des centres hospitaliers affiliés aux CHSLD de leur région assumaient aussi cette fonction pour ces installations. Ceci était logique, puisque de nombreux médecins ayant un statut de membre actif dans le centre hospitalier avaient également des activités cliniques dans les CHSLD affiliés du même établissement. Cela pourrait être encore le cas dans la restructuration que nous proposons.

Une autre option alternative envisageable serait d’avoir l’équivalent d’un DSP local dans chaque CHSLD, un poste qui pourrait être assumé à temps partiel par un *directeur clinique* (DC) qui maintiendrait une pratique professionnelle active dans le CHSLD, donc ne représenterait pas un poste rémunéré à temps complet ni une dépense salariale significative au budget global réservé aux postes de DSP. De cette façon, le DC continuerait à faire partie de l’équipe traitante tout en occupant une fonction à temps partiel administrative. Ce modèle assurerait une cogestion saine au sein du CHSLD et assurerait que ce DC sera tenu imputable en vertu de son inclusion dans l’équipe traitante, de son obligation déontologique professionnelle et de son obligation administrative auprès du DG du CIUSSS/CISSS.

Le DC du CHSLD agirait en concert avec les structures administratives existantes dans le modèle actuel des CIUSSS et des CISSS. Cette personne agirait en cogestion avec les administrateurs existants du CIUSSS/CISSS (DSP locaux et DG adjoints locaux des centres hospitaliers ainsi que DG du CIUSSS/CISSS) afin d’assurer que les protocoles cliniques et la qualité de l’acte soient maintenus au bon niveau. Le DC assurerait la liaison avec les services des installations avoisinantes et travaillerait en concert avec les DSP des hôpitaux de soins aigus afin de faciliter les protocoles de transfert de patients.

**En résumé, une personne de référence pour la coordination et la surveillance de l’activité professionnelle et scientifique est impérative pour chaque CHSLD. Cette personne pourrait être soit le DSP du centre hospitalier auquel est rattaché un CHSLD, soit un directeur clinique (DC) nommé pour ce CHSLD.**

A posteriori, la présence d’un DG adjoint local ainsi que d’un DC local pour chacun des CHSLD de la province aurait sans aucun doute eu un impact positif majeur dans l’efficacité de la gestion de la première vague de la crise sanitaire de la COVID-19. Les médecins et le personnel clinique de chaque CHSLD auraient eu une personne de référence évidente à qui faire part rapidement et sans intermédiaire des difficultés et obstacles rencontrés sur le terrain au jour le jour (ex : problème d’accès aux équipements de protection individuelle (ÉPI), absence de répartition des patients selon leur statut COVID en zone chaude ou froide, etc.). Des DC locaux auraient eu la pleine autorité pour mettre en place rapidement des protocoles et directives adaptées aux particularités distinctes de leur propre CHSLD. La table des DC des CHSLD de chaque CIUSSS/CISSS aurait joué un rôle majeur pour permettre à l’administration centrale de chaque territoire de rapidement identifier les problèmes émergeants et d’y apporter des correctifs pan-CIUSSS/CISSS ce qui aurait pu nettement améliorer la morbidité et la mortalité associées à la première vague de la pandémie de COVID-19 au sein des CHSLD du Québec.

# Conclusion

En conclusion, nous sommes d’avis que le modèle de gouvernance locale proposé dans ce texte constitue une solution qui améliorerait grandement la problématique importante et complexe qui s’est développée dans le réseau de la santé suite à la création des CIUSSS et des CISSS découlant de la réforme de 2015. Ce modèle pourrait être mis en œuvre tout en respectant le cadre législatif de la Loi 10 et de la *Loi sur la Santé et les Services Sociaux*. Les modifications proposées pourraient être financées en réaffectant des postes existants et en restructurant l’échelle salariale octroyée actuellement à certains administrateurs centraux qui auraient dorénavant une tâche administrative beaucoup plus raisonnable. Ce modèle contribuerait à améliorer la qualité des soins offerts aux patients de façon concrète et directe en permettant aux acteurs sur le terrain de participer activement à l’amélioration de l’offre, de la qualité et de l’étendue des soins offerts.

Équipées de ce **modèle de gouvernance locale**, les installations individuelles des CIUSSS et les CISSS optimiseraient leur offre de soins en les rendant plus adaptés aux besoins spécifiques de leurs communautés, tout en collaborant activement avec l’administration centrale des CIUSSS et des CISSS afin d’assurer que l’ensemble des besoins du territoire couvert soient aussi considérés. Le retour de la gouvernance locale au sein des installations en soins aigus est selon nous essentiel pour assurer une meilleure performance en prévision de notre réponse collective à une deuxième vague de la COVID-19 mais plus particulièrement après la pandémie.

**Au-delà de la pandémie actuelle, nous avons la conviction profonde qu’un retour de la gouvernance locale au sein des centres hospitaliers du Québec se traduira nécessairement par une amélioration concrète, réelle et substantielle de la performance du système de santé québécois pour les années à venir. Mettre enfin le patient au cœur du système de santé passe impérativement par un retour vers une gouvernance locale des établissements de santé.**

# Lexique

AMRRFQ Association des Médecins d’Hôpitaux Regroupés et Fusionnés du Québec

CA Conseil d’Administration

CECMDP Comité Exécutif du Conseil des Médecins Dentistes et Pharmaciens

CH Centre hospitalier

CHSLD Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée

CIUSSS Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux

CISSS Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux

CLSC Centre Local de Services Communautaires

CMDP Conseil des Médecins Dentistes et Pharmaciens

COPIN Comité de Planification et d’Intervention en sécurité civile

CPEJ Centre de Protection de l’enfance et de la jeunesse

CR Centre de Réadaptation

CSSS Centres de Santé et de Services Sociaux

DC Directeur Clinique

DGA Directeur Général Adjoint

DMS Durées Moyennes de Séjour

DPJ Direction de la Protection de la Jeunesse

DSI Direction des Soins Infirmiers

DSP Directeur des Services Professionnels

DU Départements d’urgence

Établissement Notion juridique spécifique de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* qui réfère explicitement à l’exploitant d’un ou de plusieurs des centres suivants : CH, CLSC, CPEJ, CHSLD, CR

LSSS Loi sur la Santé et les Services Sociaux

PREM Plan de Répartition des Effectifs Médicaux

# Annexe 1

## Structure organisationnelle de la direction des services professionnels au sein des CI(U)SSS

**Préparé par : Kim Ngan Le Nguyen, MSc**

**Présenté à : Regroupement Québécois de Médecins pour la Décentralisation du Système de Santé**

**Date : 26 juillet 2020**

**Mandat reçu du Regroupement Québécois de Médecins pour la Décentralisation du Système de Santé**

Examiner la faisabilité de la gouvernance locale liée à la Direction des services professionnels en guise de préparation pour la deuxième vague de la pandémie COVID-19 et post-pandémie.

**Déclaration de conflit d’intérêts**

N’ayant pas été rémunéré par cet exercice, je déclare qu’il n’y a aucun conflit d’intérêts.

**Méthodologie**

Pour analyser la structure organisationnelle de la Direction des services professionnels (ci-après DSP) au sein du CI(U)SSS, j’ai procédé à cet exercice en trois étapes. Dans un premier temps, j’ai consulté les organigrammes de la haute direction des CI(U)SSS publiés sur les sites Internet. En deuxième lieu, j’ai utilisé mon téléphone intelligent (iPhone) pour effectuer des captures d’écrans de la DSP servant à montrer l’importance des directions adjointes qui sont attachés à la DSP. À la troisième étape, j’ai consulté les sites Internet des CI(U)SSS pour y tirer des données liées aux nombres de médecins.

**Résultats de l’analyse**

Parmi les 13 CISSS et 9 CIUSSS analysés, quatre CISSS (Gaspésie, des Îles, Bas St-Laurent, Mauricie-Centre-du-Québec) se dotent d’un seul poste de Directeur des services professionnels (DSP) alors que tout le reste des CISSS et des CIUSSS se dotent de plusieurs postes de Directeur adjoint sous le DSP. Comme montré dans la prochaine section, le nombre de postes de Directeurs adjoints sous le DSP varie de 1 à 5. En moyenne, les CI(U)SSS se dotent de 3 postes de Directeur adjoints sous le DSP. Il importe de souligner que le CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal, le CIUSSS de l’Estrie et le CISSS des Laurentides sont les trois entités qui se dotent de 5 postes de directeurs adjoints sous le DSP. En ce qui a trait au rôle double du DSP, les deux CIUSSS suivants permettent au DSP d’occuper également le poste de Directrice générale adjointe (DGA) programmes Santé physique et généraux : le CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal et le CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal. Vu sous cet angle de rôle double, l’autorité attribuée aux deux postes importants de la haute direction du CIUSSS (DSP et DGA) est donc concentrée en un seul individu. En outre, une analyse plus fine permet de montrer que les CI(U)SSS ayant un grand nombre de médecins se dotent de cinq postes de Directeur adjoints sous le DSP, tels que sont le CIUSSS de l’Estrie (plus de 1000 médecins), le CISSS des Laurentides (plus de 1000 médecins), le CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal (plus de 800 médecins) et le CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal (880 médecins). En somme, sauf quelques exceptions mentionnées ci-dessus, dans une énorme structure organisationnelle qu’est un CI(U)SSS, le DSP s’est transformé en une direction des services professionnelles puisque le DSP gère un groupe de Directeur adjoints sous sa charge.

**Commentaires**

À la lumière des résultats de l’analyse de la structure organisationnelle de la Direction des services professionnels ci-dessus, je suis d’avis qu’il est possible d’instaurer des postes de DSP local. Pour ce faire, je propose de convertir les postes de DSP adjoints existants en poste de DSP local, afin d’optimiser la performance du DSP local assigné au centre hospitalier en soins aigus, et ce dans l’optique d’une gouvernance locale. Par ailleurs, il serait essentiel de procéder à cette conversion de poste (par intérim, si possible) dans les meilleurs délais pour que le DSP local puisse se préparer adéquatement avant l’arrivée de la deuxième vague de COVID-19.

**Liste des 13 CISSS et 9 CIUSSS dont l’organigramme ayant été consultés en date du 26 juillet 2020:**

* CISSS du Bas-Saint-Laurent (01)
* CISSS de l'Outaouais (07)
* CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08)
* CISSS de la Côte-Nord (09)
* CISSS de la Gaspésie (11-1)
* CISSS des Îles (11-2)
* CISSS de Chaudière-Appalaches (12)
* CISSS de Laval (13)
* CISSS de Lanaudière (14)
* CISSS des Laurentides (15)
* CISSS de la Montérégie-Centre (16-1)
* CISSS de la Montérégie-Est (16-2)
* CISSS de la Montérégie-Ouest (16-3)
* CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)
* CIUSSS de la Capitale-Nationale (03)
* CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)
* CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)
* CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06-1)
* CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06-2)
* CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06-3)
* CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06-4)
* CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06-5)

Dans cette section, je présente les captures d’écran, à titre d’illustration, de la direction des services professionnels au sein d’un CI(U)SSS pour chacun des CI(U)SSS de la liste ci-dessus.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS du Bas-Saint-Laurent (01)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | 582 médecins, dentistes et pharmaciens | 1 directeur des services professionnels |

Source : Repéré à <https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/notre-cisss/a-propos-de-nous/organigramme> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS de l'Outaouais (7)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | Effectifs médicaux (juin 2016)  Médecins de toutes disciplines confondues : 495 | Double rôle pour le DSP :  Directeur des services professionnels et de la pertinence clinique  3 directeurs adjoints sous le DSP  (Services professionnels et de la pertinence clinique, soutien à la pratique, services médicaux et activités des départements) |

Source : Repéré à <https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2020/02/Organigramme-CISSS-de-lOutaouais.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | Double rôle pour la DSP : Directrice des services professionnels et de l’enseignement universitaire  3 directeurs adjoints sous la DSP  (Services ambulatoires, Affaires médicales, Services hospitaliers) |

Source : Repéré à <https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/partage/ORGANIGRAMME/ORG_CISSSAT.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS de la Côte-Nord (09)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | Double rôle pour le DPS : Directeur services professionnels et pertinence clinique  3 Directeurs adjoints sous le DSP |

Source : Repéré à <https://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss-cotenord/Votre_CISSS/A_propos_de_nous/2020-07-01_-_Organigrammes_CISSS__site_Web_.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS de la Gaspésie (11-1)** | **Nombre de médecins** | Commentaires |
|  | ? | 1 directrice des services professionnels |

Source : Repéré à <https://www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2020/03/11_ORG_CISSS-Gaspesie-4-fe%CC%81vrier-2020.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS des Îles (11-2)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | Nombre de médecins de toutes disciplines confondues : 35 | 1 direction des services professionnels |

Source : Repéré à <https://www.cisssdesiles.com/wp-content/uploads/2019/02/ORG_CISSSIles_202004_OFFICIEL1.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS de Chaudière-Appalaches (12)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | 1 directrice des services professionnels  3 directeurs adjoints sous la DSP  (Médecins, Programme chirurgie, Programme de lutte contre le cancer) |

Source : Repéré à <https://www.cisssca.com/clients/CISSSCA/CISSS/Directions/Organigramme_CISSSCA.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS de Laval (13)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | 743 membres actifs au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens | 1 directeur des services professionnels  2 directeurs adjoints sous le DSP  (Médical et pratiques professionnels, Opérations) |

Source : Repéré à <http://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/CISSS_de_Laval/Equipe_de_direction/Organigramme_CISSS_de_Laval.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS de Lanaudière (14)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | 1 directeur des services professionnels  3 directeurs adjoints sous le DSP |

Source : Repéré à <http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Votre_CISSS/Equipe_direction/18-RM-00018-12_PJ1_Visio_OR_CISSS14_20181217vf_OFFICIEL.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS des Laurentides (15)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | Plus de 1000 médecins | 1 directeur des services professionnels  5 directeurs adjoints sur le DSP  (Médical, Programme chirurgie - médical,  Clinico-administratif, Clinico-administratif – programme chirurgie, Clinico-administratif – affaires médicales) |

Source : Repéré à <http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/A_propos_de_nous/Notre_etablissement/Organigramme/Structure_Organisationnelle.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS de la Montérégie-Centre (16-1)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | 1 directrice des services professionnels  3 directeurs adjoints sous la DSP  (Médical, Services professionnels) |

Source : Repéré à <https://santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2020/07/organigramme_12_juin_2020.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS de la Montérégie-Est (16-2)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | Double rôle pour le DSP : directeur des services professionnels, programme santé physique/chirurgie  4 directeurs adjoints sous le DSP  (Partenariat médical 1er ligne et coord. activités hospitalières; Services médicaux de 2e ligne (temps partiel); Programme santé physique/chirurgie, programme et regroupement clientèle; volet pratiques professionnelles et mécanismes d’accès) |

Source : Repéré à <https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2020/04/18-rm-00015-08_pj2_org_cisssme_2020-04-30_vfofficiel_avec_noms.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSS de Montérégie-Ouest (16-3)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | Double rôle pour le DSP :  Directeur des services professionnels et enseignement médical  3 directeurs adjoints sur le DSP  (Services professionnels 1ère ligne; Services professionnels 2e ligne; Opérations) |

Source : Repéré à <https://santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2019/06/organigramme_de_la_haute_direction_du_cisss_de_la_monteregie-ouest.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | Plus de 675 médecins, dentistes et pharmaciens | 1 directrice des services professionnels  2 directrices adjointes sous la DSP  (Services professionnels volet administratif) |

Source : Repéré à <https://santesaglac.gouv.qc.ca/medias/2019/10/Organigramme-CIUSSS-SLSJ-MAJ-2019-10-16.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIUSSS de la Capitale-Nationale (03)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | 1 directeur des services professionnels  3 directeurs adjoints sous le DSP  (Services professionnels Québec-Metro; Services professionnels Charlevoix;  Services professionnels Portneuf) |

Source : Repéré à <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/Aproposdenous/PDG_Organigramme.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | 1 directeur des services professionnels |

Source : Repéré à <https://ciusssmcq.ca/telechargement/353/organigramme> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIUSSS de l’Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | Plus de 1000 médecins | 1 directrice des services professionnels  5 directeurs des services professionnels adjoints sous la DSP  (Médecine spécialisée; Soutien et qualité; Soutien au partenariat médical et à la première ligne) |

Source : Repéré à <https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/A_propos/Organigramme-Direction_2020-07-20.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal (06-1)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | 880 médecins | Double rôle pour la DSP :  Directrice des services professionnels et Directrice générale adjointe programmes Santé physique et généraux  4 directeurs adjoints sous la DSP  (Administratifs, Opérations, Médical à demi-temps) |

Source : Repéré à <https://ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_oim/Zone_professionnels/Organigrammes/06_ORG_CIUSSSODIM__20200616FR.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal (06-2)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | 1 directeur des services professionnels  2 directeurs adjoints sous le DSP  (Opération accès; Médecine communautaire) |

Source : Repéré à <https://cdn.ciussscentreouest.ca/archives/ciusss_coim/Documents/CIUSSS/Leadership/Sept_18_CIUSSS_CCOMTL.pdf?1542211777> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIUSSS du Centre-Sud-l’Île-de-Montréal (06-3)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | 1 directeur des services professionnels  2 directeurs adjoints sous de DSP  (Affaires médicales et administratives; Volet hospitalier et amélioration des pratiques) |

Source : Repéré à <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciussscsmtl/files/media/document/2019_12_10_OrganigrammeCIUSSS.pdf> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal (06-4)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | ? | 1 directrice des services professionnels  3 directeurs adjoints sous la DSP  (Opérationnel; Soins et services de la 1ère ligne et l’hébergement; Projet clinique et évaluation des pratiques) |

Source : Repéré à <https://cdn.ciusssnordmtl.ca/Fichiers/02A_Propos/Haute_direction_CIUSSS_20200614.pdf?1592933632> le 26 juillet 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal (06-5)** | **Nombre de médecins** | **Commentaires** |
|  | **296** médecins omnipraticiens,  **584** médecins  spécialistes,  **18** dentistes **84** pharmaciens | Double rôle pour la DSP :  Directrice des services professionnels et Directrice générale adjointe programme santé physique généraux et spécialisés  5 directeurs adjoints sous la DSP  (Médical – Volet service de proximité; Médical – Volet projets cliniques en milieux communautaires;  Clinico-administratif – Volet opérations-Secteurs critiques, Accès et soutien aux services, Hospitalisation) |

Source : Repéré à <https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusssemtl/files/media/document/PDF_Organigramme_Decembre2019_CIUSSS-EMTL.pdf> le 26 juillet 2020

# Annexe 2

## Modèle hybride de l’imputabilité du système de santé et des services sociaux

**Proposé par** : Kim Ngan Le Nguyen, MSc

© Le-Nguyen (2020)

Rappelons que bon nombre d’universitaires plaident en faveur d’un système de santé décentralisé alors que certains états ont instauré un système de santé de type centralisateur. Depuis la création du système de santé québécois en 1971, plusieurs réformes successives du système de santé ont fait l’objet de débats sur différentes tribunes, autant par des universitaires que par des praticiens. Tour à tour, le système de santé a été décentralisé et centralisé. La dernière réforme du système de santé et des services sociaux, en 2015, réalisée par le gouvernement Libéral a été qualifiée d’hypercentralisatrice. Et en date du 21 juillet 2020, aucune évaluation formelle de la performance d’un tel système de santé réformé n’a été effectuée par une entité indépendante, notamment le Commissaire à la santé et au bien-être. Il importe de souligner que l’implantation dudit système de santé réformé a connu plusieurs difficultés sur le terrain et s’avère peu efficace durant la pandémie de la COVID-19, tel qu’allégué par l’Association des médecins issus d’hôpitaux regroupés et fusionnés du Québec.

Limites : Dans le mandat restreint (et non rémunéré) ayant porté sur la faisabilité d’une gouvernance locale tout en tenant compte des ressources et le temps limité que le Regroupement Québécois de Médecins pour la Décentralisation du Système de Santé m’a assignée, je déclare que je ne dispose pas suffisamment de temps pour mener une recherche scientifique sur ledit objet de recherche qu’est le système de santé suite à la réforme en 2015. Ainsi, j’ai plutôt accepté de proposer au RQMDSS quelques pistes de réflexion pour un design organisationnel qui reflète l’aspect « sur mesure » du système de santé prôné par le RQMDSS. Pour ce faire, je me suis basée sur mes connaissances acquises antérieurement. Cela dit, étant donné que le cycle de décentralisation-centralisation au fil des ans n’a pas pu régler plusieurs lacunes du système de santé, je propose un design mixte du système de santé et de services sociaux, soit mon modèle (cadre théorique) hybride de l’imputabilité du système de santé et des services sociaux que je nomme le ***Check and Balance Power in Health System shared by MSSS and the Board of Administrators* (CA).**

Souscrivant à la prémisse que les membres du RQMDSS et les législateurs possèdent une connaissance approfondie du système de santé québécois, dans les prochaines lignes, je présente brièvement la notion de *Checks and Balances*. Par la suite, les éléments à centraliser et les éléments à décentraliser du système de santé seront abordés pour comprendre les activités à exercer dans une réforme éventuelle du système de santé et des services sociaux afin de répondre aux requêtes sur la gouvernance locale.

Élaborée par Locke et Montesquieu, la notion de *Checks and Balances* renvoie à la séparation des pouvoirs. Utilisée principalement par l’État pour séparer les pouvoirs législatif, exécutif et juridique, j’estime que nos législateurs maîtrisent bien cette notion. Cela dit, je me permets de me soustraire à la présentation et à l’explication détaillée de ladite notion. Il s’agit ici de me concentrer sur l’idée centrale à retenir dans l’importation de cette notion à l’analyse du système de santé, soit l’empêchement des abus de pouvoir liés à l’exercice de fonctions/missions.

À mon avis, il est possible d’instaurer un système de santé et des services sociaux qui rallie deux acteurs principaux, soit le MSSS et le Conseil d’administration d’un CI(U)SSS. Dans un esprit d’étroite collaboration, le partage des tâches à exécuter par ces deux acteurs nécessite une compréhension claire de leur rôle respectif. Ainsi, le Conseil d’administration et le MSSS seraient également imputables dans une approche hybride de gestion du système de santé et des services sociaux. Par approche hybride de gestion, j’entends le rôle complémentaire de ces deux acteurs dans la gestion du système de santé qui mettent l’accent sur l’imputabilité.

Toutefois, il importe de souligner qu’un des défis majeurs du système de santé du CI(U)SSS porte sur la taille du CI(U)SSS. Serait-il possible de réduire la taille des CI(U)SSS en les scindant pour que la taille soit gérable? Pour trouver la taille gérable, une analyse plus poussée du système de santé est recommandée.

En postulant que le système de santé se dote de CI(U)SSS de taille gérable, je propose à la fois une décentralisation du pouvoir opérationnel au centre hospitalier en soins aigus qui est rattaché à un CI(U)SSSet une centralisation de tous les services indirects dudit CI(U)SSS au profit du MSSS**.**

**Décentralisation du pouvoir opérationnel au centre hospitalier en soins aigus**

Pour fin d’illustration, je présente dans cette section une liste non exhaustive d’activités à mener pour réaliser une décentralisation :

* Maintenir la structure globale du CI(U)SSS niveau du Conseil d’administration (CA);
* Créer des postes de PDG local pour gérer l’aspect opérationnel seulement;
* Scinder le poste de PDG actuel du CI(U)SSS en plusieurs PDG local;
* Le PDG local est techniquement sous la gouvernance du CA d’un CI(U)SSS, mais il doit se rapporter également au sous-ministre du MSSS; l’organigramme du MSSS doit montrer clairement ce lien en pointillé;
* Rendre le Conseil d’administration du CI(U)SSS imputable - au même principe qu’une entreprise;
* Revoir la composition de membres actuels du Conseil d’administration pour que celle-ci soit davantage représentative de son territoire;
* Accorder du pouvoir opérationnel aux instances locales (DSP local, CMDP local, chef de département local) et au PDG local;
* Attribuer un budget opérationnel à chaque installation;
* Rendre le PDG local responsable du budget opérationnel de l’installation locale;
* Rendre le PDG local responsable du personnel de soutien administratif, de la salubrité, de la buanderie, de l’entretien, du stationnement, de soutien aux personnels médicaux et des personnels qui sont directement impliqués dans les soins de santé et des services sociaux.

**Centralisation de tous les services indirects du CI(U)SSS au profit du MSSS**

Pour fin d’illustration, je présente dans cette section une liste non exhaustive d’activités à mener pour réaliser une centralisation de tous les services indirects :

* Déployé physiquement dans chaque installation locale, le personnel de tous les départements de Finances, de Ressources humaines, de la Paie, d’Affaires juridiques, de Technologies et de l’informatique, de l’Approvisionnement et de la Communication, pour ne nommer que ceux-là, se rapporte au MSSS mais fournit un service au PDG local et à son installation.
* Autrement dit, le personnel des services indirects serait devenu « des yeux » du MSSS dans chaque installation locale. Par exemple, un oncologue qui tient sa clinique privée à l’extérieur de l’hôpital en plus d’être oncologue à la clinique externe de l’hôpital. Le personnel des services indirects pourrait ainsi détecter ce double rôle afin de pouvoir en rapporter au MSSS. Explicitement, les études cliniques menées dans la clinique privée dudit oncologue pour le compte des compagnies pharmaceutiques devraient être présentées de manière transparente dans les rapports périodiques du MSSS si les patients ont été sous la charge dudit oncologue à l’hôpital.

Par ailleurs, il importe de souligner que l’instauration de l’approche de coûts par activité faciliterait la centralisation de tous les services indirects au profit du MSSS. Ceci m’amène à proposer une réorganisation du MSSS pour qu’il puisse participer plus activement aux activités du CI(U)SSS sur le terrain.

**Réorganisation du MSSS**

Une réorganisation du MSSS serait plus que nécessaire afin d’appuyer les CI(U)SSS dans leur mission.

Avantages du modèle hybride de l’imputabilité

Les problèmes rencontrés sur le terrain seraient rapidement détectés par le personnel des services indirects puisqu’ils sont déployés dans chaque installation locale. Ainsi, les différents types d’abus (y compris l’abus du pouvoir, l’injustice dans le processus d’embauche, l’abus à la fois tangible et non tangible) seraient rapidement détectés. En contrepartie, le PDG local et ses administrateurs surveillent les activités du personnel des services indirects du MSSS et participe à l’évaluation des services fournis par ledit personnel en tandem avec le MSSS.

Le personnel des services indirects du MSSS collabore étroitement avec le PDG local et son installation puisque ce personnel possède une connaissance approfondie du terrain. Assuré de sa présence au quotidien dans l’installation locale, le personnel des services indirects du MSSS pourrait signaler au MSSS toutes anomalies perçues sur le terrain du CI(U)SSS de façon continue.

Plutôt qu’attendre une entité externe mener une évaluation formelle du système de santé et des services sociaux périodiquement avant de pouvoir apporter des correctifs au système comme cela se fait habituellement, l’implication du personnel du MSSS en services indirects sur le terrain au sein des CI(U)SSS permettrait aux parties concernées d’apporter des correctifs dans de meilleurs délais, le cas échéant.

Inconvénients du modèle hybride de l’imputabilité

Processus d’embauche et de surveillance du personnel (opérationnel, médicaux, services indirects) plus laborieux puisque le MSSS et le PDG local doivent arriver à un consensus

Les conflits pourraient surgir si les directives ministérielles ne répondent pas aux besoins (et autres) de l’offre de soins en santé et en services sociaux dans l’installation locale.

1. Gouvernement du Québec. Lois sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2, Article 172. (01/04/2020). Repéré à http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2 [↑](#footnote-ref-1)
2. Gouvernement du Québec. Lois sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2, Article 173. (01/04/2020). Repéré à http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2 [↑](#footnote-ref-2)
3. Gouvernement du Québec. Lois sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2, Article 182. (01/04/2020). Repéré à http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2 [↑](#footnote-ref-3)