



# **LOI VISANT À RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PLUS EFFICACE**

**Projet de loi no 15**

Mémoire déposé par :  
**Le Regroupement Québécois de Médecins pour la Décentralisation du  
Système de Santé (RQMDSS)**

Présenté à la  
**Commission de la Santé et des services sociaux**

Le 11 mai 2023

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction .....	3
Commentaires et recommandations sur le PL15 .....	4
Modifications proposées au texte de loi du PL15 .....	8
Organigramme optimisé proposé par le RQMDSS pour la gouvernance clinique des établissements de Santé Québec .....	22
Structure de gouvernance clinique d'un établissement – proposition du RQMDSS.....	23
Structure des comités aviseurs – proposition du RQMDSS.....	23
Conclusion.....	27
Abréviations .....	28
Remerciements.....	29

## Introduction

### **LE REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DE MÉDECINS POUR LA DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (RQMDSS):**

Le RQMDSS a vu le jour en juin 2020 en plein cœur de la crise sanitaire, alors que des médecins aux quatre coins de la province constataient avec détresse à quel point la centralisation du système de santé, par sa rigidité et sa lourdeur bureaucratique, les privait de l'agilité nécessaire pour combattre la pandémie de manière efficace. C'est ainsi que près de 850 médecins, tant spécialistes qu'omnipraticiens, issus de plus de 60 centres hospitaliers au Québec, ont décidé d'unir leur voix afin de réclamer une meilleure gouvernance locale dans les établissements de santé du Québec.

Nous réclamons des actions concrètes du gouvernement pour redonner une gouvernance locale aux établissements de santé du Québec, car c'est la seule manière selon nous d'accroître l'efficacité du système de santé.

Remettre le patient au cœur du système de santé, briser les silos, offrir une gestion de proximité, travailler en interdisciplinarité, voilà des objectifs qui, s'ils sont articulés de manière optimale, pourront remobiliser et réengager les soignants de plus que les gestionnaires et les faire adhérer aux changements proposés de culture et de structure. Ne l'oublions pas, nous sommes des humains qui soignons des humains. Nous avons besoin d'humanité dans notre réseau, et pour nous, humanité rime avec proximité.

## Commentaires et recommandations sur le PL15

Le RQMDSS applaudit la volonté du législateur d'augmenter l'efficacité du système de santé. Nous sommes d'accord que le statu quo n'est pas une option.

Nous retrouvons certains aspects potentiellement positifs de plusieurs sections du projet de loi, notamment là où il est question de gestion de proximité. Nous suggérons toutefois au législateur des modifications précises à certains éléments centralisateurs afin de maintenir un équilibre entre le contrôle venant du haut et l'esprit d'innovation et d'amélioration continue qui doivent constamment provenir du terrain afin d'assurer la pérennité et la pertinence du réseau à l'échelle locale.

Nous recommandons un positionnement performant de la gouvernance médicale qui s'insère dans l'interdisciplinarité requise pour un réseau efficace. Nous intégrons par ailleurs la participation citoyenne à travers la structure car nous sommes convaincus de la plus-value de l'inclusivité structurale au sein de la gouvernance moderne.

Notre regroupement revendique quatre fondements d'une gouvernance clinique locale et décisionnelle par hôpital correspondant, soient :

1. Un directeur général
2. Un directeur des services professionnels
3. Un conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP)
4. Une table des chefs de département et services.

Ces quatre éléments ne sont pas retrouvés tels quels dans le libellé du PL 15. Cependant, d'autres nouvelles entités qui méritent notre considération y sont introduites.

La gestion de proximité étant un des leitmotivs centraux de la réforme, notamment à l'article 132, nous proposons un organigramme de gouvernance clinique qui répondra aux besoins d'efficacité du réseau et qui est décrit de façon explicite dans nos propositions de modifications du texte de loi. En effet, le libellé ne doit pas courir le risque d'une interprétation ambiguë qui pourrait résulter en une application à géométrie variable dans les différentes installations du réseau.

Le PL 15 introduit à l'article 29 un concept hautement pertinent et à notre avis fondamental de *subsidiarité*, principe selon lequel une autorité centrale ne peut effectuer que les tâches qui ne peuvent pas être réalisées à l'échelon inférieur. Nous ne considérons malheureusement pas que le texte du projet de loi reflète ce principe de manière optimale et conséquente. Forts de notre volonté de collaborer avec le législateur, nous avons intégré certains concepts prometteurs du projet de loi à nos revendications initiales pour arriver à une structure de gouvernance harmonieuse qui suit une logique professionnelle.

Similairement aux motifs ayant convaincu le Ministre de créer Santé Québec, à savoir le désir de séparer les orientations des opérations, la même logique devrait s'appliquer aux établissements

et aux réseaux locaux de services (RLS) qui s’y rattachent. Ainsi, les établissements doivent jouer un rôle davantage axé sur les orientations, l’intégration et la coordination des trajectoires de soins, alors que les RLS, notamment leurs installations hospitalières doivent se faire déléguer la gestion des opérations, puisque mieux ancrés dans la réalité et la proximité du terrain.

Ainsi, le responsable d’installation d’un centre hospitalier faisant partie d’un RLS doit être nommé « Président Directeur Général Adjoint » de ce centre hospitalier de même que du RLS correspondant et des installations qui s’y rattachent afin d’éviter toute ambiguïté dans son rôle.

Ensuite, le texte législatif doit indiquer que pour chaque RLS, il y aura un directeur médical local. En fait, toutes les catégories de professionnels mentionnées à l’article 154 devraient pouvoir compter sur un directeur local, facilement accessible.

Nous croyons que chaque centre hospitalier doit avoir son CMDPSF local. En effet, les conseils de professionnels sont des instances de concertation qui, pour avoir une réelle valeur, doivent susciter la mobilisation et le sentiment d’appartenance des professionnels, ce qui n’est possible qu’au niveau local. Ces instances perdent tout leur sens lorsque physiquement déconnectées des lieux de prestation de soins et des équipes soignantes qui les composent.

L’établissement, quant à lui, doit avoir un rôle davantage axé sur les orientations, donc assurer une gestion transversale de coordination entre ses différentes installations. À cet égard, nous accueillons favorablement la création du Conseil interdisciplinaire d’évaluation des trajectoires et de l’organisation clinique (CIETOC). Cependant, pour être fonctionnel et ancré dans la réalité de chaque installation, ce conseil doit être constitué du directeur médical de l’établissement et des directeurs médicaux locaux des RLS, de plus que des directeurs des autres catégories de professionnels. Le travail en interdisciplinarité est essentiel à la fluidité de la trajectoire des soins des patients et tous les professionnels impliqués dans les soins doivent être mis à contribution et bénéficier d’un espace de concertation.





Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu’une portion significative de la trajectoire des soins d’un patient relève de décisions du corps médical. Il n’y a qu’à penser, par exemple, à la décision médicale de transférer un patient à l’unité des soins intensifs, ou de procéder à un transfert de patient à un autre établissement, ou bien d’établir des corridors de services pour diverses spécialités. C’est ainsi que le RQMDSS propose la création d’un Comité de direction médical, formé du Directeur médical de l’établissement, des Directeurs médicaux régionaux (Services préhospitaliers d’urgence, médecine générale et médecine spécialisée), des directeurs médicaux locaux des RLS de même que des présidents des CMDPSF locaux.

Pour ce qui est des départements et des services, il s’agit d’organisations bénéficiant le plus d’une gestion de terrain locale. C’est pourquoi nous mandatons le comité de direction médical de convenir de la meilleure organisation du terrain. À notre avis, une grande majorité de RLS bénéficieraient de départements et services cliniques locaux, avec des chefs de département et de services locaux. Une table des chefs locale nous apparaît aussi essentielle pour une gestion de

proximité efficiente et à l'écoute du terrain. Une coordination entre les départements et services cliniques des différents RLS d'un établissement pourrait être assumée par le directeur médical régional, de médecine familiale ou de médecine spécialisée le cas échéant. Si, pour des caractéristiques et besoins propres à un établissement, le comité de direction médical jugeait que certains départements ou services auraient avantage à être établis au niveau de l'établissement plutôt que localement par RLS, ils auraient la latitude d'adapter la structure de la manière la plus appropriée à leur réalité.

Le RQMDSS a toujours prôné l'implication citoyenne dans l'organisation des soins. En ce sens, le RQMDSS appuie toute action d'associations ou de regroupements de professionnels de la santé, de patients ou d'usagers visant la décentralisation de la gestion du système de santé et la prestation de soins locaux et adaptés aux communautés desservies par les établissements de santé québécois. C'est ainsi que nous avons établi un partenariat avec l'Alliance des Patients pour la Santé, le Regroupement Provincial des Comités des Usagers, divers comités de vigie citoyens à travers la province ainsi que des Villes et MRC totalisant plus de 800 000 québécois soucieux de pouvoir consolider une gouvernance locale en santé et de pérenniser leur accès à des soins de proximité. Nous accueillons donc avec optimisme les initiatives du PL15 visant à mieux inclure les citoyens dans le processus décisionnel, tels que les conseils d'établissements et les comités consultatifs. L'important est d'obtenir une reddition de compte transparente à l'échelle locale, plus près des citoyens, de même que de donner à ces derniers une capacité d'impulsion et d'influence sur la prestation des services et l'organisation des soins. Que cette instance se nomme « comité de vigie », « conseil de surveillance et d'alliance communautaire » ou « comité consultatif », cela importe peu du moment qu'une interface permanente soit créée entre les directeurs et les citoyens, afin de permettre à ces derniers de s'impliquer activement et de s'autodéterminer dans la manière dont ils veulent être soignés.

Pour améliorer encore davantage l'efficacité de la première ligne et l'implication citoyenne, le RQMDSS suggère de créer par RLS une toute nouvelle table locale de coordination interprofessionnelle, intersectorielle et citoyenne axée sur les soins et services de première ligne (Table locale de soins et services de proximité - TLSSP). Cet espace de concertation, qui relèverait du PDGA local, aurait pour but de rassembler tous les acteurs locaux de proximité, et comprendrait entre autres, les représentants locaux par RLS des entités suivantes :

-  Département territorial de médecine familiale (DTMF)
-  Comité régional des services pharmaceutiques
-  Volet communautaire (corporation de développement communautaire, organisateurs communautaires de CLSC, etc.)
-  Volet citoyen (MRC, comités de vigie, etc.)

Cette table locale de soins et services de proximité permettrait aussi de faire l'interface entre la première ligne et la deuxième ligne et entre les soins et services publics, semi-privés et privés pour établir une responsabilité populationnelle locale, au niveau d'un RLS.

En résumé, le RQMDSS vous propose un cheminement vers un organigramme performant de la gouvernance clinique de proximité. C'est par un retour à une gestion locale à échelle humaine qu'il sera possible de mobiliser les ressources et d'obtenir l'adhésion des acteurs à la réforme à venir. L'engagement des acteurs est un prérequis pour obtenir le changement de culture souhaité dans notre réseau et une meilleure gouvernance clinique locale sera à notre avis garante d'une meilleure efficacité de notre système de santé et de services locaux, afin ultimement d'offrir les meilleurs soins à nos patients.

## Modifications proposées au texte de loi du PL15

Ce mémoire présente les sections spécifiques du projet de loi qui nous préoccupe particulièrement. Nous présentons le contenu actuel, le contenu suggéré et un justificatif derrière la suggestion de modification. Nous offrons également plusieurs vignettes « terrain » relevant du vécu actuel de nos membres pour illustrer la pertinence de nos suggestions pour rendre notre système de santé non seulement plus « efficace » mais aussi plus « humain ».

**TABLEAU 1**  
**TEXTE ACTUEL ET TEXTE PROPOSÉ DU PROJET DE LOI**

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL Composante à l'étude	TEXTE SUGGÉRÉ Libellé recommandé	COMMENTAIRES
<b>Partie I</b> <b>Titre II</b> <b>Article 6</b>	Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats...	Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats optimaux...	Les médecins du Québec sont formés pour livrer des soins de haute qualité, à la fine pointe de la profession. Nous ne désirons pas niveler vers le bas la qualité de nos soins.
<b>Partie I</b> <b>Titre II</b> <b>Article 7</b>	Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services...	Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement le RLS duquel elle désire recevoir des services...	Les établissements du Québec peuvent couvrir de vastes territoires. Le patient a le droit de choisir son RLS dans un environnement humanisé qui tient compte de sa famille, ses proches, ses habitudes et son équipe de soins.
<b>Partie II</b> <b>Titre I</b> <b>Article 23 – 3e et 4e paragraphe</b>	Santé Qc a pour mission de fournir au ministre l'appui nécessaire...et d'exercer toute fonction ... que le ministre lui confie	Ajout: Santé Qc a également pour mission d'instaurer des mécanismes d'amélioration continue et de l'innovation à travers le réseau et d'en faire rapport au ministre.	La dépolitisation de la nouvelle entité, "Santé Québec" sera tout un défi en pratique. Nos membres souhaitent un réseau harmonieux et prévisible avec des mécanismes d'amélioration continue à tous les niveaux. Si le ministre instaure ces mécanismes, permettant l'innovation et des cercles grandissants d'amélioration continue à partir du terrain, son succès pourra être prévisible et non laissée à la chance.
<b>Partie II</b> <b>Titre I</b> <b>Article 24.3</b>	Santé Qc exerce les fonctions (dont): tenir les dossiers des usagers des établissements publics, sauf dans les	...sauf dans "X" "Y" "Z" cas	Quelles sont les exceptions? Qu'en est-il de la numérisation des dossiers? Les CISSS et CIUSSS en sont responsables à l'heure actuelle. Les données seront-elles centralisées?



SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL Composante à l'étude	TEXTE SUGGÉRÉ Libellé recommandé	COMMENTAIRES
	cas qu'elle détermine par règlement		
<b>Partie II Titre I Article 26</b>	Le ministre peut... émettre une directive portant sur l'administration, l'organisation, le fonctionnement ou les actions de celle-ci, y compris sur la gestion de ses ressources humaines, matérielles et financières.	Le ministre peut émettre une directive fournir des informations à l'effet qu'une directive doit être émise portant sur...	Le ministre demeure extrêmement puissant dans les opérations du réseau. Une certaine transparence est de mise avant d'émettre des directives. Puisque le texte du projet de loi lui octroie la possibilité d'émettre ces directives, nous craignons qu'il ne soit sollicité pour ce faire par de diverses parties. Quel degré d'autonomie aura le PDG de Santé Qc?
<b>Partie II Titre I Article 29</b>	Santé Qc doit suivre des pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité. 4. la collaboration avec les intervenants du domaine de la santé... On entend par "principe de subsidiarité" le principe selon lequel les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau approprié d'autorité en recherchant une répartition adéquate des lieux de décision et en ayant le souci de les rapprocher le plus possible des usagers.	29.4 la collaboration avec la gouvernance médicale et avec les intervenants du domaine de la santé	D'une part, nous félicitons le législateur de cette notion de subsidiarité, qui représente une volonté de collaboration avec le terrain. Il semble y avoir ici une réelle décentralisation et non une déconcentration des pouvoirs décisionnels. D'autre part, puisque les membres de nos CMDP dirigent une quantité importante des activités de Santé Qc de par les standards et les avancements de notre profession, nous sommes d'avis que le législateur ne rencontrera pas son but d'efficience s'il ne collabore pas avec la gouvernance médicale.
<b>Partie II Titre III Chapitre II Article 65</b>	Santé Qc élabore un programme national sur la qualité des services...	Santé Qc élabore un programme national décentralisé sur la qualité des services... Ajout: Les données du programme sont mises à la disponibilité	Sans s'adresser aux détails de la livraison de soins et service sur le terrain, le programme ne pourra pas rencontrer son objectif d'amélioration de la qualité. Il doit être décentralisé. Les éléments d'amélioration de la

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL Composante à l'étude	TEXTE SUGGÉRÉ Libellé recommandé	COMMENTAIRES
		du réseau par Santé Qc dans le but d'améliorer la qualité, la sécurité, la pertinence et l'efficacité des soins et services.	qualité doivent être mis à la disposition du réseau par Santé Qc.
<b>Partie II Titre III Chapitre III Article 67</b>	Les membres du comité national des usagers que doit former Santé Québec sont nommés par son conseil d'administration.	Les membres du comité national des associations d'usagers et de patients sont nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il agit à titre consultatif sur les orientations et l'évaluation du réseau, y compris des aspects budgétaires.	Les patients ont acquis une expertise individuelle et collective qui doit être mis à profit de tout le réseau. Ils doivent assister le ministre à évaluer le réseau sur une base continue et à déterminer les orientations appropriées. Nous recommandons un travail de concert avec le Regroupement Provincial des Comités d'Usagers pour la mise en place de ce comité.
<b>Partie II Titre III Chapitre V Article 74</b>	Le ministre nomme... un directeur de santé publique pour chaque région. Le ministre nomme une personne qui le représente au sein du processus de sélection.	<del>Le ministre</del> Chaque région socio-sanitaire nomme... un directeur de santé publique pour sa région par un processus convenu au niveau régional. <del>Le ministre nomme une personne qui le représente au sein du processus de sélection.</del>	Dans cet article, le PL15 propose que le ministre gère les opérations plutôt que se concentrer sur les orientations.  Il faut décentraliser le processus au niveau des régions, sinon au niveau des RLS.
<b>Partie II Titre III Chapitre V Article 75</b>	Le ministre peut, si un directeur de santé publique est empêché d'agir, s'il commet une faute grave ou s'il tolère une situation susceptible de mettre en danger la santé de la population, confier les fonctions et pouvoirs dévolus à ce directeur à un autre directeur de santé publique, au directeur	<del>Le ministre peut si un directeur de santé publique est empêché d'agir, s'il commet une faute grave ou s'il tolère une situation susceptible de mettre en danger la santé de la population, confier les fonctions et pouvoirs dévolus à ce directeur à un autre directeur de santé publique, au directeur</del>	Une décentralisation du processus permettra une mobilisation et un engagement des directeurs sur le terrain dans un processus d'amélioration continue.  À l'instar de la Commissaire à la Santé et au Bien-Être, nous souhaiterions que le projet de loi saisisse l'occasion fournie par cette réforme pour consolider la place des rôles et des pouvoirs des acteurs de Santé publique et pour définir leurs relations avec les établissements.

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL Composante à l'étude	TEXTE SUGGÉRÉ Libellé recommandé	COMMENTAIRES
	national... ou à un médecin qu'il désigne	national... ou à un médecin qu'il désigne demander aux directeurs de santé publique de statuer sur les activités d'un de leurs membres et de l'aviser de leur recommandation.	
<b>Partie III</b> <b>Titre I</b> <b>Chapitre I</b> <b>Section I</b> <b>Article 125</b>	Le conseil d'un établissement doit, à la demande d'un ou de plusieurs groupes formés d'employés ou de professionnels œuvrant au sein d'une installation de l'établissement ou de personnes appartenant à un milieu qu'il dessert, constituer un seul comité consultatif par ensemble d'installations.	Le conseil d'un établissement doit, à la demande d'un ou de plusieurs groupes formés d'employés ou de professionnels œuvrant au sein d'une installation de l'établissement ou de personnes appartenant à un milieu qu'il dessert, constituer un seul comité consultatif par ensemble d' RLS.	<p>Un comité consultatif doit être constitué pour chaque installation, à l'instar des comités de vigie qui se sont formés à travers la province depuis plusieurs années, notamment celui de Memphrémagog. Le modèle devrait être laissé à la discrétion de chaque communauté.</p> <p>Le mandat d'un comité de vigie citoyenne ou son équivalent - par exemple un conseil de surveillance et d'alliance communautaire - sera d'agir comme intermédiaire pour la concertation entre l'établissement et la communauté dont il est issu, et ce, pour l'ensemble des services de santé et des services sociaux.</p> <p>Le travail de collaboration avec les comités de vigie ou leur équivalent permettra aux conseils d'établissement de mieux anticiper les besoins dans les différents milieux.</p>
<b>Partie III</b> <b>Titre I</b> <b>Chapitre I</b> <b>Section II</b> <b>Article 131</b>	Le PDG détermine l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement de Santé Québec...	Le PDG détermine l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement de Santé Québec en tenant compte des conseils d'un comité de direction médical. AJOUT D'UN ARTICLE: "131.5": Un comité de direction médical est	<p>Un comité de direction médical est requis afin de maintenir un équilibre entre le contrôle venant du haut et l'expertise scientifique médicale, l'esprit d'innovation et l'amélioration continue qui doivent constamment provenir du terrain afin d'assurer la pérennité et la pertinence du réseau.</p> <p>Nous recommandons un positionnement performant de la gouvernance médicale afin de créer et maintenir un réseau efficace.</p>

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL <b>Composante à l'étude</b>	TEXTE SUGGÉRÉ <b>Libellé recommandé</b>	COMMENTAIRES
		<p>formé pour chaque établissement.</p> <p>Le comité de direction médical d'un établissement est formé par tous les directeurs médicaux de l'établissement.</p> <p>Le président du comité de direction médical est élu par et parmi les membres du comité.</p> <p>Le directeur médical de l'établissement y siège d'office mais ne peut agir de président.</p> <p>Le mandat du comité de direction médical est de conseiller le PDG sur l'organisation professionnelle et scientifique de l'établissement.</p>	
<b>Partie III</b> <b>Titre I</b> <b>Chapitre I</b> <b>Section II</b> <b>Article 132</b>	<p>.... le PDG doit favoriser la gestion de proximité.</p> <p>À cette fin, il doit s'assurer de la désignation... d'au moins une personne responsable de veiller à la bonne marche des activités.... Cette personne doit disposer de l'autorité nécessaire pour remédier avec diligence à une telle situation ou d'un libre accès à la personne disposant d'une telle autorité.</p>	<p>À cette fin, il doit s'assurer de la désignation... d'au moins une personne d'un président directeur général adjoint par RLS qui est responsable de veiller à la bonne marche des activités.... Cette personne doit disposer de l'autorité nécessaire pour remédier avec diligence à une telle situation ou d'un libre accès à la personne disposant d'une telle autorité.</p>	<p>Nous félicitons le législateur pour ce désir d'une gestion de proximité.</p> <p>Il faut un directeur avec un pouvoir décisionnel local. La proposition du législateur d'une "personne" laisse à l'interprétation et à une géométrie variable.</p> <p>Ainsi, le responsable d'installation d'un centre hospitalier faisant partie d'un RLS doit être nommé « Président Directeur Général Adjoint » de ce centre hospitalier de même que du RLS correspondant et des installations qui s'y rattachent afin d'éviter toute ambiguïté dans son rôle</p>
<b>Partie III</b> <b>Titre I</b>	<p>Un comité des usagers est institué</p>	<p>Un comité des usagers est institué pour</p>	<p>Les usagers ont acquis des connaissances et des habiletés qui</p>

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL Composante à l'étude	TEXTE SUGGÉRÉ Libellé recommandé	COMMENTAIRES
<b>Chapitre I</b> <b>Section III.2</b> <b>Article 143</b>	pour chaque établissement de Santé Québec.	chaque établissement installation de Santé Québec offrant l'une des missions suivantes: Jeunesse, Déficience physique, Déficience intellectuelle et TSA, Santé mentale et dépendance, Hôpitaux généraux, Hôpitaux universitaires, Services communautaires locaux (CLSC). Une Table des usagers est formée pour chaque établissement.	doivent être mis à contribution à tous les niveaux du réseau. Leurs capacités de regroupement, de collaboration et de concertation ont cru de façon exponentielle durant la mise en place du fonctionnement virtuel durant la pandémie. Leur ajout est une plus-value pour la mobilisation citoyenne et pour l'efficacité du réseau. À l'instar du RPCU, nous considérons que les comités des usagers et les comités de résidents doivent être maintenus pour l'ensemble des missions et sur l'ensemble du territoire Québécois
<b>Partie III</b> <b>Titre I</b> <b>Chapitre I</b> <b>Section IV</b> <b>Article 154</b>	Le conseil interdisciplinaire est composé d'un nombre égal de personnes appartenant à chacune des catégories suivantes:  1. Les médecins qui exercent leur profession au sein de l'établissement 2. les infirmières et les infirmiers qui exercent... 3. les personnes ...titulaires d'un diplôme...services de santé. 4. les personnes...titulaires d'un diplôme...services sociaux. Le règlement intérieur de	Le conseil interdisciplinaire est composé d'un nombre égal de personnes appartenant à chacune des catégories suivantes, <b>spécifiquement</b> :  1. Les <del>médecins qui exercent leur profession au sein de l'établissement</del> 2. les <del>infirmières et les infirmiers qui exercent...</del> 3. les <del>personnes ...titulaires d'un diplôme...services de santé.</del> 4. <del>les personnes...titulaires d'un diplôme...services sociaux.</del> Le règlement intérieur de l'établissement	Nous reconnaissons l'importance de l'interdisciplinarité et du décloisonnement des professions afin d'optimiser la coordination entre toutes les prestations de soins et l'efficacité du cheminement du patient dans sa trajectoire de soins. Nous respectons l'esprit de l'article 154 stipulant que le CIETOC doit être composé d'un nombre égal de personnes appartenant à chacune des catégories de professionnels que sont: 1) les médecins, 2) les infirmiers et infirmières, 3) les professionnels multidisciplinaires des services de santé et 4) les professionnels multidisciplinaires des services sociaux. Nous sommes toutefois d'avis que pour être réellement efficace, pertinent et ancré dans la réalité de l'ensemble des RLS formant l'établissement, il devrait être composé des personnes suggérées ci-contre.

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL Composante à l'étude	TEXTE SUGGÉRÉ Libellé recommandé	COMMENTAIRES
	l'établissement détermine le nombre ... la même catégorie.	<del>détermine le nombre ... la même catégorie.</del> 1. Directeur médical de l'établissement et directeurs médicaux locaux des RLS formant l'établissement 2. Directeur des soins infirmiers de l'établissement et directeurs des soins infirmiers locaux des RLS formant l'établissement 3. Directeur des services sociaux de l'établissement et directeurs des services sociaux locaux des RLS formant l'établissement 4. Directeur des services multidisciplinaires de l'établissement et directeurs des services multidisciplinaires locaux des RLS formant l'établissement	
<b>Partie III</b> <b>Titre I</b> <b>Chapitre I</b> <b>Section IV</b> <b>Article 156</b>	Le conseil interdisciplinaire peut adopter des règlements...	Le conseil interdisciplinaire peut doit adopter des règlements...	Des règlements sont requis pour le bon fonctionnement du conseil interdisciplinaire.
<b>Partie III</b> <b>Titre I</b> <b>Chapitre I</b> <b>Section IV</b> <b>Article 158</b>	Le PDG d'un établissement de Santé Qc nomme un directeur médical.	Le PDG d'un établissement de Santé Qc nomme un directeur médical pour cet établissement. Ajout:	La gouvernance clinique de proximité nécessite la mise en place d'un directeur médical local.

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL <b>Composante à l'étude</b>	TEXTE SUGGÉRÉ <b>Libellé recommandé</b>	COMMENTAIRES
		Il nomme également un directeur médical local pour chaque RLS après consultation du directeur médical d'établissement et des CMDPSF des RLS formant l'établissement.	
<b>Partie III</b> <b>Titre I</b> <b>Chapitre I</b> <b>Section IV</b> <b>2.1</b> <b>Article 159</b>	Sous l'autorité immédiate du PDG, le directeur médical exerce les fonctions suivantes:	Sous l'autorité immédiate du PDG, le directeur médical d'établissement exerce les fonctions suivantes au niveau territorial:.... Ajout: Toute tâche pouvant être effectuée au niveau local est déléguée au directeur médical local par le directeur médical d'établissement, en tenant compte du principe de subsidiarité et de la gestion de proximité.	À l'instar du PDG, le directeur médical d'établissement doit favoriser la gestion de proximité. Voir article 132.
<b>Partie III</b> <b>Titre I</b> <b>Chapitre I</b> <b>Section IV</b> <b>Article 160</b>	Les règles d'utilisation des ressources élaborées par le directeur médical doivent prévoir l'imposition de sanctions administratives pour tout manquement commis par un professionnel faisant partie d'un département. Ces sanctions peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit du	<del>Les règles d'utilisation des ressources élaborées par le directeur médical doivent prévoir l'imposition de sanctions administratives pour tout manquement commis par un professionnel faisant partie d'un département. Ces sanctions peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit du</del>	L'article sera déplacé dans le PL15 car les sanctions de relèvent pas du directeur médical. Le processus de discipline doit être à la fois rigoureux, collectif, indépendant et géré par les pairs. Le fonctionnement actuel du CMDPSF est préconisé dans chaque RLS. Il s'agit d'une revendication clé du RQMDSS. La concentration des pouvoirs de sanctions dans les mains d'une seule personne est une centralisation très inquiétante des pouvoirs qui pourrait mener à des abus et à des décisions arbitraires. Il importe de préserver une démarche démocratique, impartiale, juste et équitable dans le

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL Composante à l'étude	TEXTE SUGGÉRÉ Libellé recommandé	COMMENTAIRES
	professionnel d'utiliser les ressources de l'établissement.	<p>professionnel d'utiliser les ressources de l'établissement.</p> <p>Ajout: Le CMDPSF traitera, via le processus du médecin examinateur et du comité de discipline, l'ensemble des plaintes déposées envers un médecin, un pharmacien, un dentiste ou une sage-femme. Leurs recommandations sont dirigées au PDGA pour qu'elles puissent être appliquées. Le PDGA ne recevra que les plaintes qui lui seront adressées pour un processus disciplinaire.</p>	processus de traitement des plaintes et d'application de sanctions.
<b>Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 164</b>	Le PDG peut nommer toute personne et l'adjoindre au directeur médical.	Le PDG peut nommer toute personne et l'adjoindre aux directeurs médicaux.	Il y aura un directeur médical par établissement de plus qu'un directeur médical par RLS.
<b>Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 166</b>	Un établissement de Santé Qc comprend un CMDPSF. Ce conseil est composé de l'ensemble... au sein de l'établissement.	Un établissement RLS de Santé Qc comprend un CMDPSF. Ce conseil est composé de l'ensemble... au sein de l'établissement du RLS.	Le CMDPSF doit être rapproché de la population et des besoins du terrain. Ceci favorisera l'adaptabilité, la flexibilité et la rétroaction en plus qu'un engagement et une mobilisation des professionnels médicaux.
<b>Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 167</b>	... le CMDPSF est responsable envers le conseil interdisciplinaire... de donner son avis sur les sujets suivants:	... le CMDPSF est responsable d'émettre des recommandations sur les sujets suivants:	Le CMDPSF doit formuler des recommandations basées sur son expertise clinique. Pour que la gouvernance médicale contribue à l'efficacité du réseau, nous recommandons la mise en place d'un comité de direction médicale - voir 131.5 ci haut.



SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL Composante à l'étude	TEXTE SUGGÉRÉ Libellé recommandé	COMMENTAIRES
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 168	... le CMDPSF est responsable envers le directeur médical: 1. ... établissement 2. d'étudier... une plainte...	... le CMDPSF est responsable envers le directeur médical local: 1. ... établissement 2. d'étudier... une plainte...	Les CMDPSF locaux sont responsables envers le directeur médical local dans une gestion de proximité. L'alinéa 2 est caduc car le processus de plainte doit relever du PDGA. Voir Article 160.
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 169	... Le CMDPSF peut, avec l'autorisation du directeur médical, avoir recours à un expert externe...	... Le CMDPSF peut, avec l'autorisation du directeur médical local, avoir recours à un expert externe...	Dans une gouvernance de proximité, le CMDPSF local répondra au directeur médical local.
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 170	Le CMDPSF doit créer un comité de pharmaco, des comités d'évaluation de l'acte et des comités de discipline. ...les comités de discipline exercent les responsabilités confiées au conseil par les paragraphes 1 et 2	...les comités de discipline exercent les responsabilités confiées au conseil par les paragraphes 1 et 2	L'alinéa 2 de l'article 168 est caduc car le processus de plainte doit relever du PDGA. Voir Article 160. Référez au nouvel article une fois formulé.
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 171	3e paragraphe: Le directeur médical surveille le fonctionnement du CMDPSF	3e paragraphe: Le directeur médical local et le PDGA surveillent le fonctionnement du CMDPSF	Le PDGA est le répondant pour le comité de discipline.
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 172	Le CMDPSF peut adopter des règlements... Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le directeur médical de l'établissement.	Le CMDPSF peut doit adopter des règlements... Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le directeur médical de l'établissement. PDGA.	Une saine gouvernance requiert des règlements. Le sommet de l'organisation local doit être connecté à l'expertise clinique. Le PDGA est la plus haute autorité du RLS.
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 174	Le CMDPSF doit faire rapport annuellement au directeur médical...	Le CMDPSF doit faire rapport annuellement au directeur médical PDGA.	Le PDGA est la plus haute autorité du RLS.

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL Composante à l'étude	TEXTE SUGGÉRÉ Libellé recommandé	COMMENTAIRES
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 176	Le département clinique ... est formé au sein d'un établissement de Santé Qc... De plus, tout département que détermine le Conseil d'administration de Santé Qc ... est formé... Un établissement peut... déroger au premier alinéa	Le département clinique ... est formé au sein d'un établissement de Santé Qc... selon la recommandation du comité de direction médical de l'établissement. De plus, tout département que détermine le Conseil d'administration de Santé Qc ... est formé... selon la recommandation du comité de direction médical de l'établissement. Un établissement peut... déroger au premier alinéa selon la recommandation du comité de direction médical de l'établissement.	Le comité de direction médical aura pour mandat de conseiller le PDG sur l'organisation médicale et scientifique de l'établissement, selon le principe de subsidiarité. Les départements et services doivent s'établir selon les besoins populationnels, que ce soit au niveau territorial ou au niveau des RLS. Voir l'article 131.5.
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 177	Le PDG détermine ... de quel département ...relèvent les actes	Le PDG PDGA détermine ... de quel département ...relèvent les actes	Le PDGA est la plus haute autorité du RLS.
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 178	Chaque département clinique est dirigé par un chef de département clinique.	Chaque département clinique est dirigé par un chef de département clinique ou un chef adjoint, selon la recommandation du comité de direction médicale.	Le comité de direction médicale aura pour mandat de conseiller le PDG sur l'organisation médicale et scientifique de l'établissement, selon le principe de proximité. Voir l'article 131.5
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 180	Le directeur médical dirige...	Le directeur médical local dirige... Il se rapporte au directeur médical d'établissement.	On doit favoriser une gestion de proximité. Voir article 132.

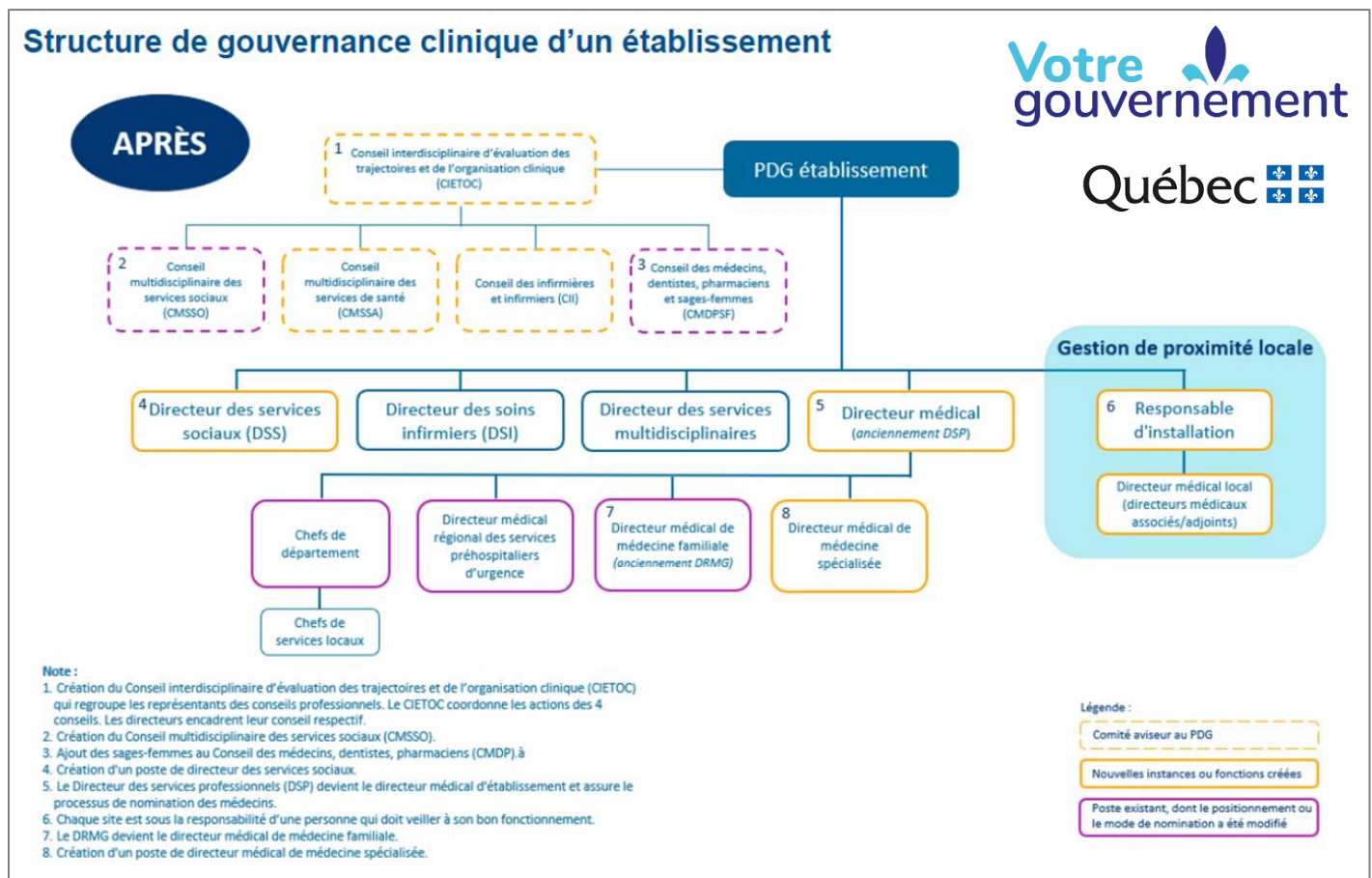
SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL Composante à l'étude	TEXTE SUGGÉRÉ Libellé recommandé	COMMENTAIRES
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article 186	Chaque service est dirigé par un chef de service.	Chaque service est dirigé par un chef de service dans chaque RLS.	Dans une gouvernance de proximité, chaque RLS aura un chef de service qui dirigera les activités professionnelles.
Partie III Titre I Chapitre I Section IV Article "186.5"	Nil	Ajout: Les Tables des chefs de départements et de services sont instaurées pour chaque RLS selon les recommandations du comité de direction médical.	Une communication fluide et efficace est à la base de toute trajectoire de soins. Il est primordial pour l'organisation scientifique et professionnelle des services médicaux que les médecins se coordonnent ensemble. Il en va d'une dispensation de services optimaux à la population.
Partie III Titre I Chapitre I Section IV.2 Article 201	Avant de transmettre l'avis de réception d'une demande de nomination... le directeur médical consulte...	Avant de transmettre l'avis de réception d'une demande de nomination... le directeur médical le CMDPSF consulte...	Le CMDPSF doit pouvoir sélectionner les membres de son équipe selon l'organisation et les besoins spécifiques de son RLS, en complémentarité avec les professionnels en place. Le CMDPSF statue sur les compétences des nouveaux professionnels.
Partie III Titre I Chapitre I Section IV.4 Article 218	Le pouvoir de prendre des mesures disciplinaires ... peut être exercé par le PDG et... le directeur médical ou un chef de département clinique.	Le pouvoir de prendre des mesures disciplinaires ... peut être exercé par le PDG et... le directeur médical ou un chef de département clinique. PDGA selon la recommandation du CMDPSF.	Le processus disciplinaire associé aux ordres professionnels requiert une structure rigoureuse et confidentielle. Il ne doit pas y avoir plusieurs processus de cheminement d'une plainte et diverses possibilités de sanctions (chef de département, directeur médical, PDG/PDGA).
Partie III Titre I Chapitre I Section IV.4 Article 222	Un responsable disciplinaire peut saisir le CMDPSF... Après étude de la plainte, si le CMDPSF statue... il en avise le responsable disciplinaire.	Un responsable disciplinaire Le PDGA peut doit saisir le CMDPSF... Après étude de la plainte, si le CMDPSF statue... il en avise le responsable disciplinaire le PDGA.	Le processus disciplinaire doit être limpide et confidentiel.
Partie III Titre II	Le plus haut dirigeant d'un établissement	Le plus haut dirigeant d'un établissement	Les médecins du Québec sont formés pour livrer des soins de haute qualité,

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL <b>Composante à l'étude</b>	TEXTE SUGGÉRÉ <b>Libellé recommandé</b>	COMMENTAIRES
<b>Chapitre I Article 326</b>	qui a mis en place un département clinique de médecine d'urgence doit veiller à l'élaboration des normes ... 1. ...fonctionnement <b>adéquat</b> ... 2. ... répartition <b>adéquate</b> ... Après consultation ... Santé Qc approuve... une réponse rapide et <b>adéquate</b> ...	qui a mis en place un département clinique de médecine d'urgence doit veiller à l'élaboration des normes ... 1. ...fonctionnement <b>adéquat optimal</b> ... 2. ... répartition <b>adéquate optimale</b> ... Après consultation ... Santé Qc approuve... une réponse rapide et <b>adéquate optimale</b> ...	à la fine pointe de la profession. Nous ne désirons pas niveler nos soins vers le bas. Voir article 6.
<b>Partie IV Titre I Chapitre I Article 378</b>	Le comité de direction d'un département territorial <b>peut</b> adopter des règlements... Ces règlements <b>peuvent</b> également prévoir...	Le comité de direction d'un département territorial <b>doit peut</b> adopter des règlements... Ces règlements <b>doivent peuvent</b> également prévoir...	Une gouvernance saine et moderne prévoit des règlements à son fonctionnement.
<b>Partie V Titre I Chapitre I Article 412 et suite</b>	Établissements privés conventionnés		Le RQMDSS recommande d'assurer un arrimage harmonieux avec le système public et une organisation décentralisée optimale.
<b>Partie V Titre II Chapitre I Article 445</b>	Santé Qc peut conclure avec une personne ou un groupement une entente à l'une ou l'autre des fins suivantes:	Santé Qc peut conclure avec une personne ou un groupement une entente à l'aune ou l'autre des fins suivantes <b>après consultation et recommandation des instances locales, y compris les comités de vigie citoyens:</b>	La participation citoyenne est essentielle au bon fonctionnement du réseau, notamment son efficacité.
<b>Partie V Titre II Chapitre I Article 452</b>	2. un laboratoire visé par la Loi sur les laboratoires...		S'agit-il d'une référence aux laboratoires centraux d'Optilab? Nous posons la question.

SECTION DU PL15	TEXTE ACTUEL <b>Composante à l'étude</b>	TEXTE SUGGÉRÉ <b>Libellé recommandé</b>	COMMENTAIRES
<b>Partie VII</b> <b>Titre I</b> <b>Chapitre II</b> <b>Section I</b> <b>Article 587</b>	Si, à l'occasion de l'examen d'une plainte... transmet la plainte, pour étude à des fins disciplinaires, au PDG ou au directeur médical... ou à la personne disposant de l'autorité ....	Si, à l'occasion de l'examen d'une plainte... transmet la plainte, pour étude à des fins disciplinaires au président du CMDPSF au PDG ou au directeur médical... ou à la personne disposant de l'autorité ....	Le médecin examinateur doit envoyer son rapport au président du CMDPSF.

## Organigramme optimisé proposé par le RQMDSS pour la gouvernance clinique des établissements de Santé Québec

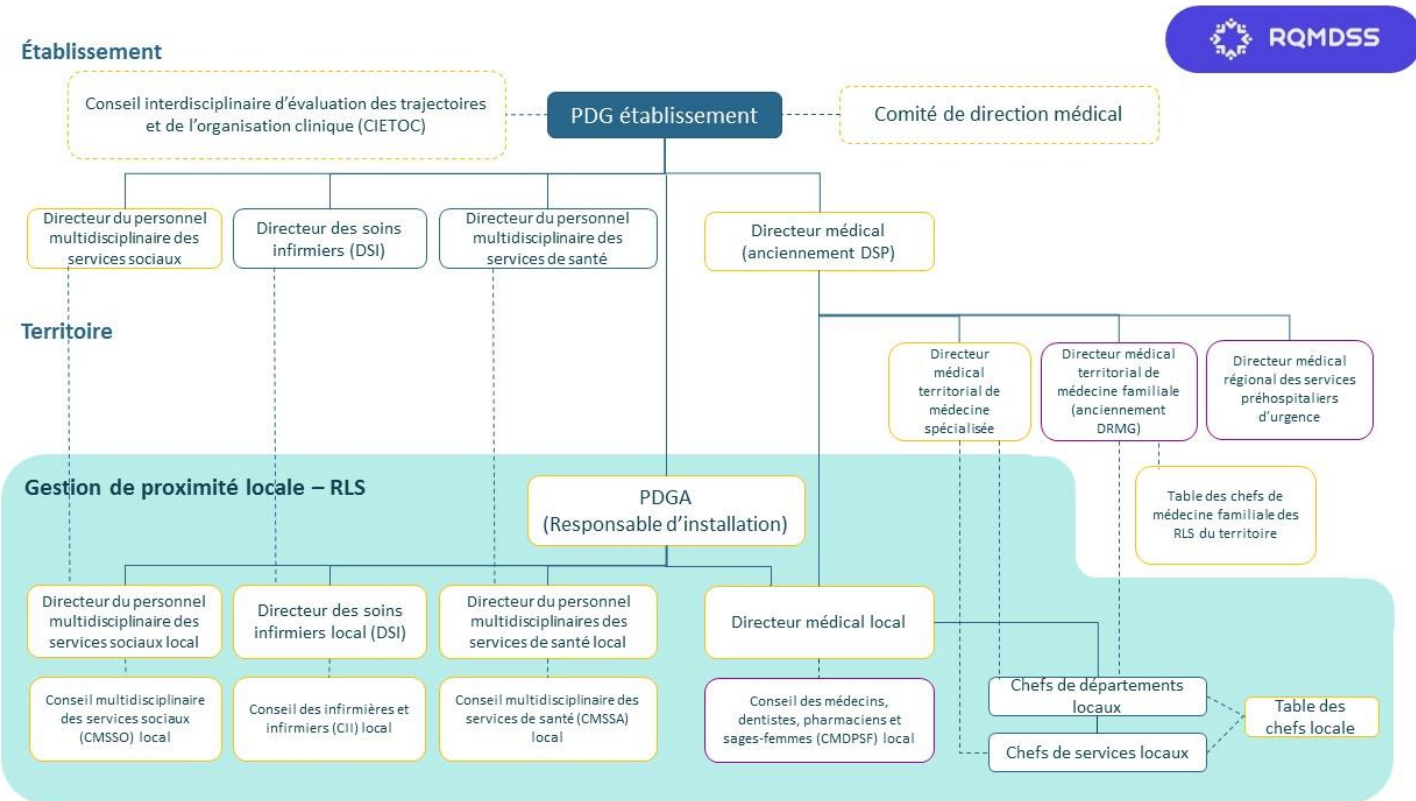
Aux fins de l'exercice, nous débutons par reproduire ici l'organigramme de gouvernance clinique d'un établissement qui résulterait de l'application du PL15 dans sa mouture originale. Il s'agit de l'organigramme officiellement présenté par le Ministère lors de sa présentation du PL15 du 30 mars 2023 aux DSP, chefs de DRMG, DSI, DSM, présidents de CMDP, responsables sages-femmes, directeurs médicaux et clinico-administratifs.



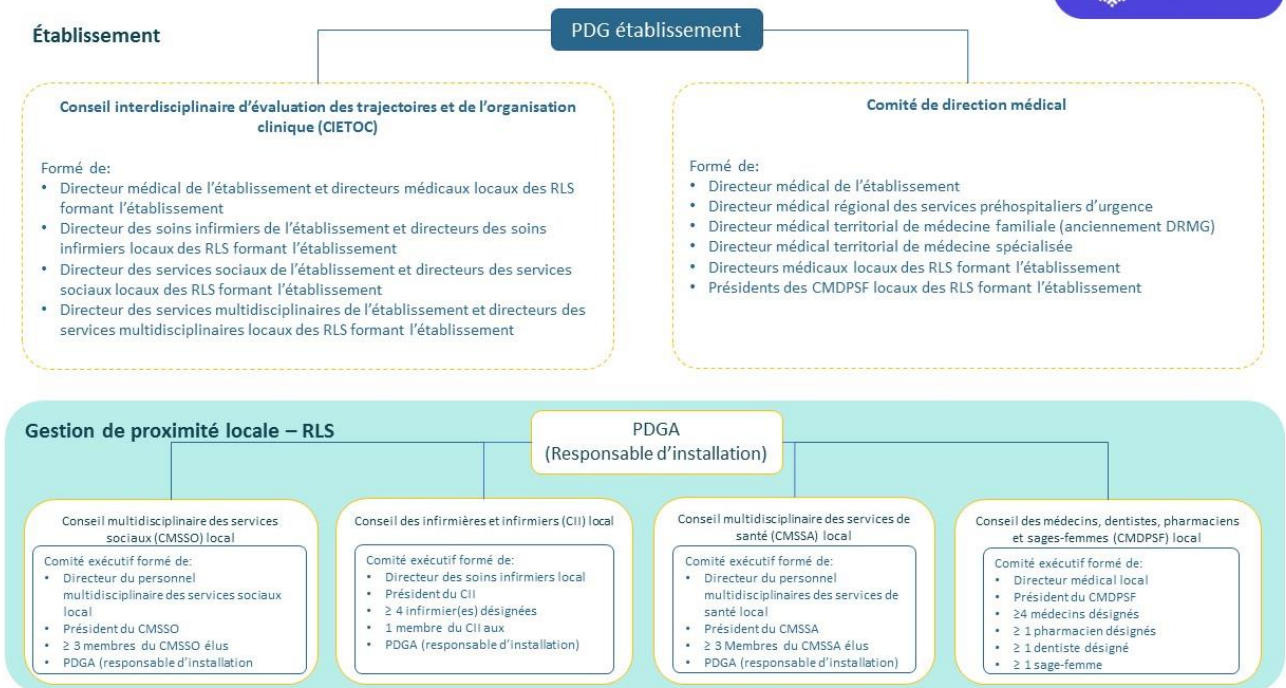
Cet organigramme, pour des raisons que nous exposerons plus bas, ne nous semble pas optimal si la mission du PL 15 est de rendre le réseau plus efficace avec une meilleure gestion de proximité (Article 132) tout en respectant le principe de subsidiarité (Article 29).

Voici l'organigramme proposé par le RQMDSS afin d'optimiser la gouvernance clinique des futurs établissements de Santé Québec :

Structure de gouvernance clinique d'un établissement – proposition du RQMDSS



Structure des comités aviseurs – proposition du RQMDSS



Selon l'organigramme proposé:

1. Il existe un **Président Directeur Général Adjoint (PDGA)** pour chaque RLS.

L'appellation « personne responsable », tel que stipulé à l'article 132 ne nous semble pas refléter l'importance du rôle attribuable aux gestionnaires à qui incombera la responsabilité d'assurer la bonne marche des activités relevant d'installations aussi imposantes que les centres hospitaliers, les CLSC et les CHSLD. On doit donc spécifier que le responsable d'installation d'un centre hospitalier faisant partie d'un RLS sera nommé « Président Directeur Général Adjoint » de ce centre hospitalier de même que du RLS correspondant et des installations qui s'y rattachent afin d'éviter toute ambiguïté dans son rôle. Le Président Directeur Général Adjoint devra disposer de l'autorité nécessaire pour veiller à la bonne marche des activités de son RLS et pouvoir remédier avec diligence à toute situation anormale détectée au sein des installations dont il est responsable.

2. Il existe des **Départements et Services Cliniques** dans les RLS.

L'existence de départements et services cliniques est primordiale dans un contexte où l'on doit favoriser la gestion de proximité (article 132). Ceux-ci relèvent des Directeurs médicaux régionaux. Il s'agit de la meilleure façon de maximiser l'efficacité de gestion et l'adéquation entre les besoins locaux propres à chaque région, tout en tenant compte de la réalité locale, notamment au plan des ressources humaines et techniques. Des chefs de département éloignés physiquement et géographiquement des équipes médicales d'un RLS ont prouvé depuis 2015 qu'il s'agissait d'une approche de gestion inefficace, contre-productive et démobilisatrice. Le RQMDSS préconise un environnement où les décisions sont prises de manière impartiale et objective dans l'intérêt supérieur des patients et d'une accessibilité aux soins égale pour les patients de tous les milieux.

3. Il existe des **Tables des chefs locales** pour chaque RLS.

Celles-ci veilleront à une coordination optimale de l'offre de soins. Cependant, pour éviter les silos et garantir une réelle intégration et transversalité de l'offre de service des établissements de Santé Québec, les chefs des départements et services médicaux locaux devront se rapporter aux directeurs médicaux régionaux qui veilleront à une collaboration et intégration entre les RLS.

4. Le PL15 propose la création de **Directeurs médicaux régionaux** responsables de l'offre de service sur l'ensemble d'un territoire.

Cette initiative du PL 15 nous semble audacieuse et optimale pour gérer l'accessibilité aux soins et l'intégration de l'offre de service entre les différents RLS d'un établissement. Il faudra utiliser



le Directeur médical régional de médecine familiale (anciennement DRMG) et le Directeur médical régional de médecine spécialisée à leur plein potentiel et de manière optimale.

5. Le PL15 propose la création d'un **Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique** (CIETOC).

Nous saluons la création de cette entité au niveau des établissements. Nous reconnaissons l'importance de l'interdisciplinarité et du décloisonnement des professions afin d'optimiser la coordination entre toutes les prestations de soins et l'efficacité du cheminement du patient dans sa trajectoire de soins. Nous respectons l'esprit de l'article 154 stipulant que le CIETOC doit être composé d'un nombre égal de personnes appartenant à chacune des catégories de professionnels que sont: 1) les médecins, 2) les infirmiers et infirmières, 3) les professionnels multidisciplinaires des services de santé et 4) les professionnels multidisciplinaires des services sociaux. Nous sommes toutefois préoccupés par sa cohérence et son opérationnalité. C'est pourquoi nous recommandons spécifiquement que le Conseil soit composé des personnes suivantes :

- ❏ Directeur médical de l'établissement et directeurs médicaux locaux des RLS formant l'établissement
- ❏ Directeur des soins infirmiers de l'établissement et directeurs des soins infirmiers locaux des RLS formant l'établissement
- ❏ Directeur des services sociaux de l'établissement et directeurs des services sociaux locaux des RLS formant l'établissement
- ❏ Directeur des services multidisciplinaires de l'établissement et directeurs des services multidisciplinaires locaux des RLS formant l'établissement

6. Il importe de créer un Comité **de direction médical** qui relève du PDG de l'établissement.

Plusieurs décisions concernant la trajectoire de soins d'un patient se prennent de manière exclusive par les équipes médicales. Qu'il s'agisse de la manière dont sont régies les demandes de consultation entre différentes spécialités, entre collègues médecins, ou du transfert d'un patient dans une unité de soins (ex : soins intensifs) ou vers un autre établissement de santé, ou encore concernant les corridors de services et la gestion des bris de services médicaux, ces décisions relèvent de manière presque exclusive des médecins d'un RLS et/ou d'un établissement. Il importe donc d'avoir une instance assurant l'interaction entre les différents directeurs médicaux des installations et de l'établissement. Ainsi, le RQMDSS propose de créer un Comité de direction médical qui aura un mandat de comité aviseur au PDG et qui sera formé des personnes suivantes :

- ❏ Directeur médical de l'établissement
- ❏ Directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence

- ❏ Directeur médical de médecine familiale (anciennement DRMG)
- ❏ Directeur médical de médecine spécialisée
- ❏ Directeurs médicaux locaux des RLS formant l'établissement
- ❏ Présidents des CMDPSF locaux des RLS formant l'établissement

## 7. Il importe de créer une **Table locale de soins et services de proximité - TLSSP**

Pour améliorer encore davantage l'efficacité de la première ligne et l'implication citoyenne, le RQMDSS suggère de créer par RLS une toute nouvelle table locale de coordination interprofessionnelle, intersectorielle et citoyenne axée sur les soins et services de première ligne (Table locale de soins et services de proximité - TLSSP). Cet espace de concertation, qui relèverait des PDGA, aurait pour but de rassembler tous les acteurs locaux de proximité, et comprendrait entre autres, les représentants locaux par RLS des entités suivantes :

- ❏ Département territorial de médecine familiale (DTMF)
- ❏ Comité régional des services pharmaceutiques
- ❏ Volet communautaire (corporation de développement communautaire, organisateurs communautaires de CLSC, etc.)
- ❏ Volet citoyen (MRC, comités de vigie, etc.)

Cette table locale de soins et services de proximité permettrait aussi de faire l'interface entre la première ligne et la deuxième ligne et entre les soins et services publics, semi-privés et privés pour établir une responsabilité populationnelle locale, au niveau d'un RLS.

## Conclusion

Le Regroupement Québécois de Médecins pour la Décentralisation du Système de Santé réunit près de 850 médecins qui aspirent à pratiquer leur métier à la hauteur de leur compétence et de leurs habiletés au service de la population du Québec. Pour ce, nous n'envisageons qu'un seul chemin: celui de l'engagement professionnel dans un environnement qui facilite et qui célèbre la quête quotidienne d'amélioration et d'innovation au sein d'une gouvernance de proximité. Plus de 800 000 québécois appuient officiellement nos efforts bénévoles et non corporatistes afin que le système de santé reprenne le chemin de l'efficacité. Notre mémoire constitue un plaidoyer pour un corps médical bien ancré dans un contexte multidisciplinaire et ce, au sein d'une gouvernance puissante, moderne et surtout, humanisée. Le tout en respectant les principes fondamentaux sur lesquels s'appuie le PL15, à savoir le principe de subsidiarité et la gestion de proximité.

## Abréviations

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIETOC	Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation Clinique
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMDPSF	Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sage-femmes
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Directeur des soins infirmiers
DSM	Directeur des services multidisciplinaires
DSP	Directeur des services professionnels
DTMF	Département territorial de médecine familiale
MRC	Municipalité régionale de comté
PDG	Président directeur général
PDGA	Président directeur général adjoint
RLS	Réseau local de service
RPCU	Regroupement provincial des comités des usagers
RQMDSS	Regroupement québécois de médecins pour la décentralisation du système de santé
TSA	Troubles du spectre de l'autisme

## Remerciements

Le RQMDSS tient à remercier les personnes suivantes pour leur collaboration et leur contribution à la rédaction de ce mémoire au regard du projet de loi n° 15 visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

Les membres du conseil d'administration du RQMDSS:

Dr Daniel Kaud, président  
Dr Ruth Vander Stelt, secrétaire  
Dr Marie-Claude Blouin, trésorière  
Dr Félix Le-Phat-Ho, administrateur  
Dr Mario Rizzi, administrateur  
Dr Francis Paquette, administrateur

Un merci tout spécial au Dr Ruth Vander Stelt et au Dr Marie-Claude Blouin pour la rédaction et l'édition de ce mémoire.