

# AMQ



ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC

## **MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC**

PROJET DE LOI N<sup>o</sup> 10 :

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

Le 23 octobre 2014

## Préambule

Dans un premier temps, qu'il nous soit permis de remercier les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de permettre à l'Association médicale du Québec d'exprimer son point de vue préliminaire sur le projet de loi n° 10.

L'AMQ est la seule association québécoise qui rassemble l'ensemble de la profession médicale du Québec, soit les omnipraticiens, les spécialistes, les résidents et les étudiants en médecine. Elle compte sur un vaste réseau de membres pour réfléchir aux enjeux auxquels est confrontée la profession médicale, proposer des solutions et innover afin de repenser le rôle du médecin dans la société et de constamment améliorer la pratique médicale.

Notre intervention se veut lucide et constructive. Elle est guidée essentiellement par notre souci de contribuer efficacement et positivement à l'amélioration des services à la population. Nous avons toujours été les instigateurs d'une réflexion approfondie, pondérée, respectueuse et constructive sur les modèles d'organisation les plus propices à rendre les meilleurs services aux citoyens du Québec. Nous sommes la voix objective, non teintée de considérations syndicales ou corporatives, qui est respectée et recherchée sur beaucoup de tribunes, tant au Québec qu'à l'étranger.

Les délais qui nous ont été impartis n'ont pas permis de procéder à une consultation exhaustive de nos membres. Nous avons toutefois eu des échanges avec plusieurs médecins qui forment nos instances décisionnelles et consultatives. Nos commentaires toucheront principalement les points suivants :

- Le regroupement des structures
- Les effets sur la qualité des services aux patients
- La gouvernance du réseau
- La période de transition

## **Regroupement des structures**

D'entrée de jeu, l'AMQ accueille avec intérêt les dispositions du projet de loi n° 10 visant à diminuer la bureaucratie dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces dispositions sont conformes à l'esprit des représentations que l'AMQ a fait par le passé sur la lourdeur des structures du réseau de la santé. Consciente que la situation actuelle a atteint ses limites et que des changements sont nécessaires, l'AMQ tient à souligner son intérêt envers les regroupements de structures régionales proposés par le projet de loi n° 10.

### **La centralisation de la prise de décision**

Toutefois, bien que d'accord avec le principe des regroupements proposés, l'AMQ s'inquiète du caractère unilatéral de ces regroupements et de l'absence d'autonomie dont disposeront les structures. En effet, devant la volonté exprimée par le gouvernement d'éliminer le palier régional, soit les agences, nous aurions souhaité que l'opération se traduise par une responsabilité accrue des instances locales. Or, ce n'est pas la lecture que nous faisons du projet de loi n° 10. Le fait que ces structures régionales, appelées les CISSS, soient entièrement contrôlées et dirigées par le ministre de la Santé et des Services sociaux pourrait se traduire en l'incapacité pour le CISSS d'adapter ses services selon les besoins de sa population.

Le rôle du gouvernement et du MSSS est de déterminer les grandes orientations et non de gérer l'organisation des soins. L'AMQ formule le souhait que les CISSS aient la marge de manœuvre nécessaire pour faire preuve d'innovation dans la gestion de leurs activités.

L'AMQ s'inquiète du caractère extrêmement centralisateur de la prise de décision vers le ministère, et non vers une prise en charge populationnelle. Cette poussée centralisatrice va à l'encontre d'une tendance lourde qu'on observe dans l'ensemble des systèmes de santé occidentaux. En effet, les modes de fonctionnement privilégiés sont ceux qui rapprochent la prise de décision des milieux cliniques où se donnent les services de santé, et non ceux dont les prises de décisions se font à un niveau gouvernemental.

L'une des particularités de l'AMQ est son lien privilégié avec les acteurs principaux des systèmes de santé des autres provinces et d'autres pays. À cet égard, il est instructif d'analyser ce qui se passe dans d'autres juridictions canadiennes. Les préoccupations entourant les meilleurs types de gouvernance sont partagées partout au pays. La plupart des provinces canadiennes ont opté pour une plus grande centralisation de leur système de santé comme ce fût le cas récemment pour le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta.

L'exemple de l'Alberta est particulièrement intéressant. Il y a quelques années, cette province a adopté une gouvernance centrale unique en créant *Alberta Health Services*. La province mettait ainsi fin à plusieurs années de gouvernance régionale, un modèle similaire aux agences québécoises. Cette centralisation a été implantée dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau albertain. Malheureusement, cette centralisation a eu les effets que l'on craint avec le projet de loi n° 10. Le gouvernement albertain a modifié à nouveau cette instance centralisatrice, jugée déconnectée des réalités locales et ainsi que des besoins de la population et des professionnels sur le terrain. Le gouvernement a choisi de revenir vers une structure mitoyenne, où les structures régionales disposeront d'une plus grande autonomie décisionnelle.

### **Des CISSS à dimension humaine**

Les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), tels que prévus au projet de loi, constitueront dans certaines régions des entités de très grande taille dont l'opérationnalisation des activités quotidiennes risque de poser de grands défis. Dans certaines régions, par exemple, la Montérégie et Québec, on retrouvera sous un conseil d'administration unique des points de services offrant toute une gamme de services allant des soins ultraspecialisés aux services de première ligne, en passant par la réadaptation et la prévention. L'AMQ s'interroge sur la capacité d'un conseil d'administration d'une si grosse entité de faire les arbitrages nécessaires dans l'attribution des ressources.

Le projet de loi vise de passer de 182 établissements à 28. L'AMQ propose que le découpage des régions soit révisé afin de s'assurer que la taille des CISSS soit raisonnable en termes de territoire à couvrir et en termes de nombre de points de

services à gérer. Plutôt que de viser un regroupement extrême en s'en tenant strictement aux territoires actuels des régions socio-sanitaires, l'AMQ propose au gouvernement de faire preuve de modération et d'augmenter le nombre de CISSS, sans que cela n'affecte le principe même du regroupement. Il y aurait peut-être lieu de cibler le nombre de CISSS à 35 ou 40, plutôt que 28.

Dans cette foulée, le gouvernement prévoit pour la région de Montréal la désignation de quatre établissements suprarégionaux. L'AMQ salue le fait que le gouvernement reconnaisse la mission suprarégionale du CHUM, du CUSM, du CHU Sainte-Justine et de l'Institut de cardiologie. L'AMQ ne comprend toutefois pas pourquoi ce même raisonnement n'a pas été appliqué pour le CHU de Sherbrooke et le CHU de Québec. Ces deux établissements ont clairement une vocation suprarégionale. L'AMQ est d'avis que ce fait incontesté doit être reconnu par le gouvernement et qu'en conséquence ces établissements puissent conserver leur conseil d'administration distinct, afin de préserver leur mission de centres de soins ultraspecialisés, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies. De plus, cela permettrait des CISSS à dimension plus modeste dans ses deux régions.

### **Les effets du projet de loi n° 10 sur les CMDP**

En vertu de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a notamment pour responsabilités de contrôler la qualité des actes et l'excellence des soins en formulant des recommandations, en évaluant les compétences de ses membres et en donnant son avis sur les aspects professionnels liés à l'organisation technique et scientifique de l'établissement.

En lien avec nos inquiétudes sur la création de CISSS de très grande taille dans certaines régions, il est extrêmement difficile de concevoir qu'un seul CMDP puisse exercer de façon efficace l'ensemble des responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi. Par définition, ces responsabilités s'exercent sur le plan local. Un méga-CMDP relevant d'un méga-établissement ne pourrait, selon nous, remplir adéquatement sa mission. Un aperçu des tâches à faire montre l'ampleur du travail à accomplir : refaire et unifier des règlements de régie interne, redéfinir la composition du comité exécutif et la représentation de ses membres, fusionner les plans d'organisation clinique et les redéfinir complètement, renommer tous les chefs de département et de service, refaire

des règlements de département et de service, revoir et recommander de nouveau au CA unifié tous les règlements, politiques et procédures de l'établissement, revoir et unifier toutes les ordonnances collectives, les règles d'utilisation et les règles de soins à la lumière du nouvel établissement, etc.

Pour illustrer notre propos, voyons un exemple bien concret, celui du CMDP du CHU de Québec qui est un exemple très net de la tâche colossale qui attend les dirigeants des nouveaux méga-CMDP. Deux ans et demi après la fusion du CHUQ (Hôtel-Dieu, Saint-François d'Assise et CHUL) et du CHA (Enfant-Jésus et Saint-Sacrement), la fusion administrative des CMDP n'est pas encore terminée.

Des méga-CMDP pour des régions comme Québec ou la Montérégie, pour ne prendre que ces deux exemples, seraient tout simplement ingérables. Leur taille démesurée créerait un gouffre entre l'instance et ses membres, menaçant leur participation à l'activité médico-administrative indispensable au contrôle de la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. De plus, compte tenu de la tâche titanesque qui incomberait aux nouveaux méga-CMDP, il sera virtuellement impossible de recruter un médecin pour prendre la tête de telles organisations.

## **Services cliniques**

### **L'amélioration des services de première ligne**

Le développement, le renforcement et l'amélioration de la première ligne au Québec est une nécessité bien documentée. Une première ligne forte et accessible est la base essentielle pour que le réseau de la santé soit efficace, que l'ensemble des services soient bien coordonnés et que les soins offerts soient de qualité. Le projet de loi n° 10 propose de « (...) favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau ». Toutefois, à la suite de la lecture du projet de loi, l'AMQ n'a pas identifié de mesures concrètes pour améliorer les services de première ligne ou pour garantir un meilleur accès à ceux-ci.

Comment un conseil d'administration pourra faire l'arbitrage pour l'attribution des ressources entre les services spécialisés et ultraspecialisés, de réadaptation, des services à la jeunesse et les soins de première ligne ? Il y a lieu de se demander si les besoins des intervenants de première ligne ne se retrouveront pas dilués parmi l'ensemble des demandes formulées au conseil d'administration. Par exemple, les préoccupations d'un médecin de première ligne pourraient difficilement trouver écho parmi des demandes d'équipements spécialisés ou face à des besoins de gros établissements. Bref, il pourrait y avoir des risques de sous-représentation de la médecine de première ligne ou de plus petites organisations au sein des CISSS. Il est également à souhaiter que les CISSS auront la marge de manœuvre pour mettre en place des plans et des services qui prennent en considération toute la complexité et la réalité de chacun des sous-territoires et des besoins précis de certaines populations.

Quand on pense aux besoins criants de la population en matière de suivi des maladies chroniques et de soins à domicile, il est légitime de craindre un retour en force de l'hospitalocentrisme, au détriment de la première ligne. L'AMQ comprend que ce n'est pas ce que souhaite le gouvernement, mais cette crainte n'est pas dénuée de fondement.

### **L'amélioration de la qualité**

L'AMQ ne peut s'empêcher de remarquer l'écart important entre les intentions du projet de loi et sa réelle application sur le terrain. Les notes explicatives du projet de loi justifie sa raison d'être entre autres par le fait « de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». Étrangement, les mécanismes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne sont mentionnés nulle part dans le projet de loi. La lecture ne permet pas de relever de lien entre le regroupement des structures et ses effets sur la qualité des soins. Cette qualité étant une notion complexe, il est simpliste de croire qu'une réorganisation de la structure administrative entraîne de facto une meilleure qualité des soins. Le médecin est parmi les professionnels dont les responsabilités et les décisions ont probablement le plus d'effets sur l'épisode de soins du patient. L'AMQ redoute que les changements démobilisent les médecins et qu'ils ne soient pas assez présents dans le processus de prise de décisions.

De plus, la qualité des soins est également déterminée par la contribution du patient. La gestion des CISSS directement par le ministre pourrait éloigner davantage les patients des centres de décision plutôt que de les rapprocher, comme nous le verrons plus loin.

### **Les mécanismes d'octroi de privilèges**

Dans la foulée des idées exprimées précédemment en ce qui a trait aux changements apportés par le projet de loi n° 10, la question de la planification et de la répartition des effectifs médicaux doit être soulevée. En effet, comment et sous quelles conditions les privilèges d'un médecin au sein d'un établissement régional seront accordés? Le seront-ils en fonction de points de services déterminés ou pour tout le territoire couvert par le CISSS ? Dans ce cas, quels seront la nature et le champ des activités médicales exigés au médecin ? Quels seront les modalités et les mécanismes pour rendre ces privilèges opérationnels ? Nous savons d'expérience que la pratique de privilèges dans plusieurs points de services complexifie énormément le travail des médecins et présente un obstacle supplémentaire à l'offre de soins. Des établissements fusionnés ont mis plusieurs années avant d'en arriver à une coordination efficace des activités médicales sur plusieurs sites. L'AMQ juge que les dispositions actuelles concernant l'accord des privilèges devront être précisées et adaptées en fonction de la structure proposée par le projet de loi n° 10. Il serait utopique de proposer une si grosse réforme de la structure tout en croyant qu'il n'y aura aucun effet sur la répartition des médecins et des activités médicales sur un territoire.

### **Gouvernance**

Le projet de loi n° 10 modifie de façon significative la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Celui-ci propose de passer d'un système de gestion de trois à deux paliers, notamment par l'abolition des agences régionales et la création d'un établissement par région, les CISSS. Les rôles et responsabilités des agences régionales sont donc partagés entre le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les CISSS et la lecture du projet de loi laisse présager une centralisation des pouvoirs vers le haut et non localement.



### **La concentration des pouvoirs du ministre de la Santé et des Services sociaux**

En plus de la redistribution des pouvoirs des agences entre le ministre et des CISSS, le projet de loi n° 10 accorde de nouveaux pouvoirs au ministre. Notons par exemple le pouvoir de prescrire les règles relatives sur la structure organisationnelle des établissements régionaux et suprarégionaux, de faire enquête sur les pratiques des établissements, de modifier ou d'établir des corridors de soins, ou de nommer des membres des conseils d'administration des CISSS, ainsi que les PDG et PDGA. Nous nous expliquons mal que la gestion du réseau reste extrêmement centralisée et que les pouvoirs du ministre soient plus nombreux, alors que la tendance observée ailleurs dans le monde est à l'effet de privilégier une décentralisation des services de santé.

Un autre pouvoir du ministre qui suscite plusieurs questions est celui de remplacer le PDG ou le PDGA par une autre personne ou de suspendre le conseil d'administration et d'assumer une partie de ses pouvoirs lorsque des gestes incompatibles avec les règles de gestion sont posés. Quelles sont les cas qui justifient une telle mesure? Quelles sont les règles de nomination pour remplacer le PDG ou le PDGA dans ces situations?

L'AMQ s'inquiète de la centralisation des pouvoirs aux mains du ministre et croit par exemple que les nominations des membres des conseils d'administration réduisent le pouvoir démocratique de la population. L'AMQ s'interroge également sur l'autonomie et l'indépendance qu'auront les CISSS dans la planification et l'organisation des services et soins généraux et spécialisés offerts à la population de leur territoire. Comme les rôles et les responsabilités des CISSS dépendent directement des orientations et des directives ministérielles et que le ministre a maintenant des pouvoirs accrus afin de s'ingérer dans la prise de décision locale, l'AMQ est vivement préoccupée par cette centralisation des pouvoirs vers le haut.

### **La politisation accrue du système de la santé et des services sociaux**

Même s'il n'est pas encore possible de mesurer toute l'ampleur et les conséquences de la concentration de ces pouvoirs entre les mains du ministre, il est possible de souligner les risques réels d'une politisation accrue du système de la santé. En ce qui concerne la nomination des membres des conseils d'administration des CISSS, ainsi que du PDG et du PDGA, il y a lieu de se questionner sur l'indépendance des personnes nommées et

les risques de conflits d'intérêts. Afin de procéder à ces nominations, un comité d'experts est chargé de faire ses recommandations au ministre. Par contre, ce comité est constitué de membres « dont la candidature a été recommandée par un organisme reconnu en matière de gouvernance d'organisations publiques identifié par le ministre ». Ainsi, le ministre joue un rôle même dans la constitution du comité d'experts chargé de faire les recommandations pour les nominations et peut nommer une personne de son choix lorsque les listes ne sont pas conformes.

Comment s'assurer que ces nominations ne puissent pas augmenter l'influence du ministre sur le réseau de la santé et du parti politique au pouvoir? Quels sont les mécanismes qui vont assurer une indépendance des membres des conseils d'administration par rapport au ministre qui les a nommés? Comment une personne nommée par le ministre pourra-t-elle partager ses réserves ou exprimer son désaccord en ce qui a trait aux décisions ou aux orientations ministérielles dans un contexte où le ministre a le pouvoir de remplacer le PDG ou le PDGA ou d'assumer une partie des pouvoirs du conseil d'administration? Finalement, quelle est la légitimité d'un PDG ou d'un PDGA aux yeux de la population et des employés du réseau de la santé lorsqu'il est nommé directement par le ministre?

### **La place des médecins dans les prises de décision**

L'AMQ accueille favorablement le fait que deux médecins siègent au conseil d'administration des CISSS. Toutefois, notre organisation croit que c'est un pas bien timide afin d'assurer l'intégration des médecins à la prise de décision et d'amorcer un rapprochement entre les médecins et les décideurs. Les médecins devraient être plus engagés dans la gestion des établissements de santé. Cependant, la centralisation des pouvoirs aux mains du ministre éloigne la prise de décision au niveau des instances régionales. Les bouleversements occasionnés par la restructuration du réseau de la santé ainsi que l'éloignement entre les professionnels et le centre de prise de décision pourraient avoir comme conséquences, entre autres, de favoriser un désengagement, un sentiment d'incompréhension et une déresponsabilisation de la part des professionnels dans cette situation. Ainsi, l'AMQ croit que l'expertise médicale et les connaissances de la réalité organisationnelle locale des médecins ne seraient pas encouragées dans la structure de gouvernance proposée par le projet de loi n° 10. Est-ce que la nomination de deux médecins aux conseils d'administration des CISSS est

réellement suffisante afin d'assurer l'intégration des médecins à la prise de décision? Comme nous l'avons soulevé plus tôt, quelles sont les dispositions dans ce projet de loi pour éviter une trop grande centralisation des pouvoirs et favoriser une gestion locale et plus communautaire des services de santé?

### **L'incompatibilité des mécanismes de reddition de comptes**

L'article 26 du projet de loi n° 10 prévoit qu'un conseil d'administration d'un établissement régional ou suprarégional doit tenir, au moins une fois par année, une séance publique d'information. Bien que la reddition de comptes soit pertinente et que la participation citoyenne soit souhaitée, voire nécessaire, les moyens proposés nous semblent peu propices pour réellement y parvenir. Tout d'abord, plusieurs CISSS sont des établissements couvrant un large territoire. Comment s'assurer que cette séance publique soit accessible à l'ensemble de la population? De plus, certains CISSS couvrent un territoire densément peuplé, par exemple la Montérégie, une grande superficie ou avec des réalités linguistiques particulières comme à Montréal. Comment s'assurer que toutes les personnes voulant y assister pourront le faire? De plus, si une participation des citoyens est réellement envisagée, comment les membres du conseil d'administration assureront un suivi, si nécessaire, aux questionnements et aux problèmes soulevés par la population? Le partage d'information relative au rapport d'activité et financier des CISSS devrait se faire de manière accessible, ce que les mécanismes proposés ne permettent pas. L'AMQ croit que d'autres moyens tenant compte de la réalité géographique et populationnelle devraient être envisagés pour encourager la participation citoyenne.

### **Période de transition**

Le dépôt d'un projet de loi comme celui en titre est un virage majeur. La période de transition risque d'être particulièrement perturbante pour les équipes en place, tant sur le plan administratif que sur le plan clinique. Non seulement le projet de loi propose des chambardements importants, la précipitation de sa mise en place se fait sentir. Le ministre a affirmé, le 25 septembre 2014 lors de la conférence de presse suivant le dépôt du projet de loi n° 10, que : « [...] dès les premières semaines après l'adoption de la loi et la mise en application de la loi, le citoyen, là, aura accès à un guichet unique. Ce

guichet unique là va pouvoir l'orienter peu importe où il est dans le parcours de soins, au bon niveau et l'accompagner par la suite. » D'autres déclarations concernant l'uniformisation des cartes d'hôpital et des systèmes informatiques et l'élimination « de la paperasse » laissent croire que la transition annoncée sera brusque et rapide.

Encore une fois, l'histoire a démontré que des changements majeurs dans le réseau de la santé ne se font pas facilement et sans heurts. Combien d'établissements ont fusionné au cours des dernières années et ont vécu des processus d'intégration lents et difficiles ? Combien d'employés et de gestionnaires ont dû prendre les bouchées doubles pour mettre en place de nouvelles pratiques administratives et cliniques ? Le projet de loi et les propos du ministre tendent à réduire les effets réels de tels changements organisationnels.

Dans ce contexte, il sera difficile de concentrer l'énergie des professionnels sur les innovations à apporter aux processus cliniques qui se traduiraient par une amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services. Des mécanismes de gestion du changement sont à prévoir pour accompagner adéquatement les organisations, les professionnels et les employés.

Les économies de l'ordre de 220 millions de dollars par année annoncées par le ministre ne pourront être réalisées qu'à moyen terme en raison des conditions de protection d'emploi consenties aux cadres et aux professionnels du réseau. Si elles sont effectivement au rendez-vous, ces économies seront significativement réduites par les investissements qui devront être réalisés pour assurer la transition administrative. Qu'on pense seulement à l'intégration des systèmes d'information administratifs et cliniques : le ministre a déclaré le 25 septembre 2014 que 65 millions de dollars du budget de la province avaient été attribués spécifiquement à l'uniformisation de la comptabilité du réseau de la santé.

Également, le ministre a laissé entendre que le projet de loi n° 10 en est un de transition vers une refonte complète de la *Loi sur les services de santé et services sociaux* et vers l'intégration de nouveaux modes de gestion qui n'ont pas encore été annoncés. Toutefois, le financement à l'activité a été clairement énoncé comme futur mode d'allocation budgétaire. C'est une orientation avec laquelle l'AMQ a signifié son accord

de principe quand elle a comparu devant le groupe d'experts sur le financement à l'activité en 2013. L'AMQ avait toutefois fait valoir que la démarche d'implantation de cette nouvelle modalité serait d'une très grande complexité et que, de façon générale, le réseau québécois ne possède pas l'infrastructure informationnelle requise pour cette implantation.

Le changement dans la méthode d'allocation des budgets que constitue le financement à l'activité n'est pas qu'un simple ajustement administratif. La nouvelle façon de faire risque d'avoir des effets importants sur la pratique clinique, notamment sur les choix professionnels auxquels sont confrontés les médecins dans leur pratique quotidienne. Il sera nécessaire de procéder à une planification rigoureuse des services, en étroite collaboration avec les médecins. Également, la contribution des médecins sera indispensable au processus de collecte et de gestion de l'information à caractère clinique.

L'AMQ est fermement convaincue que c'est d'abord sur le plan local que les médecins peuvent et doivent exercer leur leadership dans l'implantation du financement à l'activité. Ils doivent être très étroitement associés à tout le processus, et ce, dès le début des travaux, afin de bien en comprendre la finalité.

## Conclusion

L'AMQ ne partage pas le sentiment d'urgence du gouvernement à vouloir chambarder une fois de plus les structures du réseau de la santé pour satisfaire des objectifs de qualité mal définis, au moyen d'un projet centralisateur qui ne répond aucunement aux besoins de la population.

Comment le ministre peut-il décemment amorcer un tel chambardement de structures en procédant à des consultations si précipitées et où plusieurs acteurs importants n'auront pas l'occasion de se faire entendre ? Il apparaît primordial que les groupes concernés disposent d'un temps suffisant pour prendre connaissance du projet de loi et pour préparer une intervention adéquate.

Curieusement, les efforts de rationalisation semblent exclure tout l'appareil ministériel. Un simple coup d'œil à l'organigramme du ministère sur son site Internet donne le tournis. Il y a un sérieux risque de voir la bureaucratie régionale remplacée par une bureaucratie centrale chargée d'assumer les responsabilités des agences abolies.

L'AMQ est consciente des impératifs budgétaires qui guident l'action gouvernementale. Or, l'AMQ a rendu public, en août dernier, un plan d'action en vue de contrer les effets pervers du surdiagnostic, du surtraitement et de la surmédicalisation. Notre organisation attend toujours un embryon de leadership de la part du ministère pour s'attaquer à ce fléau.

Finalement, le projet de loi n'explique pas comment il pourra améliorer concrètement l'accès aux soins et aux services, réduire les délais, simplifier la vie des patients et de leurs proches, favoriser une meilleure gestion des maladies chroniques, renforcer l'action communautaire ou encore s'attaquer à des problèmes criants tels que le surdiagnostic.

### **En bref, l'AMQ recommande de :**

1. Réviser le découpage des régions afin que la taille des CISSS soit raisonnable en termes de territoire à couvrir et en termes de nombre de points de services à

gérer. Par le fait même, ces préoccupations s'appliquent à la taille et à la gestion des CMDP.

2. Reconnaître la mission suprarégionale du CHU de Québec et du CHU de Sherbrooke ainsi que la conservation de leur conseil d'administration distinct afin de préserver leur vocation universitaire.
3. Intégrer davantage les médecins dans le processus de prise de décisions et de gestion des établissements de santé afin de reconnaître l'expertise médicale et les connaissances de la réalité organisationnelle locale de ceux-ci.
4. Réduire l'emprise du ministère en redistribuant les pouvoirs vers les structures régionales dans le but d'assurer une marge de manœuvre et une plus grande autonomie des CISSS.