

***Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de
médecine de famille et de médecine spécialisée et
modifiant diverses dispositions législatives en matière de
procréation assistée***

Projet de loi n° 20

Mémoire de

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

Présenté à la

Commission de la santé et des services sociaux

19 mars 2015



Association des conseils
des médecins, dentistes
et pharmaciens du Québec

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

L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) vous remercie de lui permettre de vous présenter ses réflexions concernant ce projet de loi, qui vise à favoriser l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

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

Le conseil d'administration

Table des matières

PRÉAMBULE.....	1
INTRODUCTION	1
Cadre législatif et réglementaire.....	2
Le CMDP : rôle et responsabilités.....	2
Chapitre contrôle de la qualité des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques	2
Rôle du chef de département.....	3
COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES.....	4
SECTION I – OBLIGATIONS.....	4
SECTION II – EXEMPTIONS.....	7
SECTION III – RÉDUCTION DE LA RÉMUNÉRATION	8
MODIFICATIONS EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE.....	8
CONCLUSION	8
RECOMMANDATIONS DE L’ACMDPQ.....	10
CRÉDITS	11

PRÉAMBULE

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

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

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

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

INTRODUCTION

À la lecture du projet de loi, nous constatons qu'il n'est nullement fait mention des CMDP dans le libellé. Cependant, plusieurs articles ont des répercussions sur les responsabilités qui incombent actuellement aux CMDP.

À cet effet, nous nous inquiétons des conséquences engendrées par ces articles sur la qualité des soins et services. Nous demeurons persuadés que seuls les CMDP sont en mesure d'assurer l'évaluation et le suivi de la compétence des membres du CMDP, ainsi que de la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. Il en va de même pour les aspects d'organisation clinique, scientifique et technique pouvant avoir un impact sur la qualité des soins et des services.

Le ministre assure que le projet de loi favorisera l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. Nous nous questionnons sur le fait que l'on prétende que les

problèmes d'accessibilité soient seulement reliés aux médecins, et croyons qu'il est fort possible que le système lui-même fasse partie des causes à analyser. Ainsi, nous ne sommes pas convaincus que ce projet de loi va réellement améliorer l'accès aux services médicaux ni permettre l'optimisation des ressources médicales.

Dans le but de clarifier le texte, il serait apprécié de définir l'expression «agence». Suite à l'adoption du projet de loi N° 10, cela fait-il référence au PDG d'un CISSS/CIUSSS ou au MSSS? Le partage des responsabilités et les répercussions potentielles peuvent être fort différents selon qu'il s'agisse du PDG ou du MSSS.

CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

Quelques précisions sont nécessaires quant au cadre législatif et réglementaire touchant les CMDP et qui semble être modifié par le présent projet de loi. C'est pourquoi il nous apparaît essentiel de les mentionner afin de souligner l'importance de les maintenir.

Le CMDP : rôle et responsabilités

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

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

Chapitre contrôle de la qualité des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques

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

Par le biais de son comité d'examen des titres, le CMDP s'assure que le statut et les privilèges de pratique de chaque médecin ou dentiste et le statut de chaque pharmacien correspondent à ses compétences. Après étude de chaque dossier, le comité émet ses recommandations au comité exécutif (CECMDP) qui veille à les acheminer au conseil d'administration de l'établissement tant

¹ LSSS, L.R.Q., c. S-4.2, art. 213 et suivants

pour les demandes de nominations que pour le renouvellement de celles-ci. Le CECMDP recommandera, également, les obligations qui seront rattachées à la jouissance des privilèges octroyés par le conseil d'administration. Ce dernier volet assure une distribution équitable des responsabilités en fonction des besoins de la population desservie par l'établissement.

Tel que la LSSSS le prévoit à l'article 237, un médecin ou dentiste doit adresser sa demande de nomination ou de renouvellement de sa nomination au directeur général, mais ce dernier, tout en tenant compte du plan des effectifs médicaux de l'établissement, *doit obtenir une recommandation du CMDP portant sur les qualifications et la compétence du médecin ou dentiste, le statut et les privilèges qui devraient lui être octroyés en vertu de sa nomination ainsi que sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges octroyés par le conseil d'administration.*

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

Rôle du chef de département

Les responsabilités du chef de département sont bien précisées dans la LSSSS tant envers le CMDP qu'envers le directeur des services professionnels de l'établissement. Cette double responsabilité rend le chef du département un acteur incontournable pour l'organisation des services et la qualité de ceux-ci. De plus, il est nommé par le conseil d'administration après consultation du CMDP.

On retrouve, entre autres, les responsabilités suivantes sous l'autorité du CMDP³ pour le chef de département :

- Surveiller l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la pharmacie
- Élaborer des règles de soins médicaux et dentaires pour son département qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement et des règles d'utilisation des médicaments;
- Surveiller avec le DSI la pratique des infirmières spécialisées;

² ROAE, RLRQ, c. S-5, r.5

³ LSSSS, L.R.Q., c. S-4.2, art. 190

- Donner son avis sur les privilèges, le statut et sur les obligations des membres (département de pharmacie : seulement statut)

Sous l'autorité du directeur des services professionnels, le chef de département doit⁴ :

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

Cette double responsabilité assumée par un professionnel ayant les compétences requises et la reconnaissance de ces compétences par ses pairs assure la qualité des soins et des services ainsi que l'organisation efficiente et efficace de ceux-ci.

À la lecture de ce qui précède, le législateur saisira l'importance que revêt le rôle du CMDP dans l'atteinte et le maintien de la qualité des soins ainsi que dans le processus de nomination et de renouvellement du statut, des privilèges et des obligations découlant de ceux-ci ainsi que dans l'organisation et la distribution appropriées des soins et services. La modification de certains aspects de ce rôle pourrait engendrer des conséquences néfastes tant sur la qualité et la sécurité des soins que sur la transparence du processus d'octroi du statut et des privilèges. Les commentaires spécifiques qui suivent tenteront d'éclairer le législateur en ce sens.

COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES

SECTION I – OBLIGATIONS

§1. – Médecine de famille

On suppose que le terme «agence» dans les articles 4, 5, 6, et 8 fait référence au PDG d'un établissement. L'article 6 du projet de loi nous interpelle, car il laisse sous-entendre que les privilèges et obligations d'un médecin seront accordés par l'«agence» et renouvelés

⁴ LSSSS, L.R.Q., c. S-4.2, art. 189 en conformité avec l'art.214

automatiquement aux mêmes conditions en faisant fi du processus de nomination/renouvellement exercé par le CMDP et son comité d'examen des titres ainsi que le conseil d'administration.

Il nous semble essentiel que soit maintenu le rôle du comité d'examen des titres, relatif à l'évaluation de la compétence par les pairs ainsi qu'à l'observance des obligations découlant des privilèges. Rappelons que le droit de refus du conseil d'administration pour une demande de nomination doit être fondé uniquement sur des critères de qualification, de compétences scientifiques ou de comportement du médecin ou dentiste eu égard aux exigences propres de l'établissement⁵; alors que pour le renouvellement d'une nomination s'ajoute le respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges⁶.

L'ACMDPQ recommande que l'évaluation de la compétence professionnelle et du respect des obligations rattachées aux privilèges demeurent une responsabilité du comité d'examen des titres, et par conséquent du CMDP, et que le renouvellement des privilèges et des obligations des médecins soit effectué après étude de la demande reçue et non de manière automatique.

L'article 7 attribue au directeur des services professionnels (DSP) un rôle de surveillant ce qui risque de créer une situation de confrontation avec les membres du CMDP, alors qu'il doit exister une collaboration entre eux. Considérant le rôle déjà dévolu au chef de département, il nous apparaît que ce dernier devrait effectuer cette surveillance sous la double responsabilité envers le CMDP (avis sur le statut, les privilèges et les obligations) et le DSP.

Si le ministre juge important de surveiller la pratique des omnipraticiens, l'ACMDPQ propose que celui-ci utilise les obligations rattachées aux privilèges qui sont déjà prévues à la loi.

L'ACMDPQ recommande, si le ministre le juge nécessaire, que le CMDP, par l'intermédiaire de son chef de département de médecine générale, soit responsable de s'assurer qu'un médecin omnipraticien respecte l'autorisation qui devrait être assujettie au processus de nomination et de renouvellement.

L'article 8, en supposant que le terme «agence» fasse référence au PDG, fait fi des pouvoirs de recommandation du CMDP au conseil d'administration quant à l'attribution des privilèges et obligations accordés aux médecins ainsi qu'à son droit de regard sur l'organisation clinique, scientifique et technique dans l'établissement où exercent ses membres.

Nous croyons que de permettre à un médecin de modifier ses privilèges en tout temps engendrera un risque de rupture de services pour l'établissement au niveau des services essentiels tels que décrits dans l'article 4 du projet de loi 20. Il est primordial de rechercher

⁵ LSSSS. article 238, 3^o paragraphe.

⁶ LSSSS. article 238, 4^o paragraphe.

l'équilibre entre le travail du médecin de famille dans un CISSS ou CIUSSS et le suivi de la clientèle. Ainsi le chef du département de médecine générale et le Département régional de médecine générale doivent s'assurer que les activités cliniques de leurs membres répondent aux besoins de la population. De par ses responsabilités, le chef de département de médecine générale doit donc être maintenu dans le processus et, par conséquent, le CMDP. Il ne faut pas permettre une gestion de cas par cas qui pourrait être faite en fonction des affinités individuelles.

L'ACMDPQ recommande que les responsabilités légales conférées aux CMDP relativement à l'octroi et au renouvellement du statut et des privilèges des membres du CMDP soient maintenues tel qu'actuellement existantes et, au besoin, élargies.

L'article 9 nous inquiète vraiment quant à la nécessité d'avoir le consentement du patient pour cesser ou diminuer la pratique d'un médecin s'il n'y a pas de médecin disponible. Il y a alors risque de diminution du nombre de médecins en préretraite.

§2. – Médecine spécialisée

Sans connaître le contenu du règlement à venir touchant les articles 10 et 11, il nous semble difficile de nous prononcer clairement et d'évaluer les impacts, particulièrement pour l'article 11. Par contre, tels que libellés, ces deux articles pourraient, à notre avis, entraver l'accessibilité aux spécialistes de même qu'aux services de première ligne. Cela s'explique par le fait que les spécialistes admettront leurs patients et en assureront le suivi réduisant ainsi leur disponibilité et leur capacité pour les consultations en externe. Encore une fois, il s'agit d'un équilibre entre les activités des médecins de famille et des médecins spécialistes. En bout de piste, cela se répercutera sur l'organisation clinique et l'accessibilité en favorisant «l'hospitalo-centrisme».

Nous croyons qu'une priorisation des activités doit être faite, mais en fonction des réalités organisationnelles. L'article 11 vient directement modifier les obligations d'un médecin sans passer par le processus habituel en collaboration avec le ou les chef(s) de département concerné(s). Le plan d'organisation clinique devrait prévoir ces éléments organisationnels. Il faut établir quel groupe de médecins admet quelles clientèles. Chaque médecin ne devrait pas pouvoir négocier à la pièce ses obligations comme le laisse sous-entendre le libellé de cet article. Le risque est réel que des usagers nécessitant une hospitalisation tombent entre deux chaises et que leurs soins soient affectés par des délais indus. Il n'y a pas de place pour l'improvisation ni l'individualisation à outrance lorsque des usagers et leur santé sont concernés. Il en va de la qualité des soins et des services, principale préoccupation des CMDP.

L'ACMDPQ recommande que le plan d'organisation clinique prévoie les modalités pour l'utilisateur admis, toute clientèle confondue, après avis du CMDP tel que prévu à l'article 183 de

la LSSSS et que l'article 11 du projet de loi 10 soit modifié afin d'éviter les négociations à la pièce.

Nous sommes en faveur du principe d'établir un délai pour les demandes de consultation en provenance de l'urgence tel qu'énoncé à l'alinéa 1° de l'article 12. Il en va de la bonne gestion des salles d'urgence. Par contre, ne connaissant pas le délai qui sera prescrit par règlement, nous ne pouvons pas nous prononcer sur les impacts possibles de ce délai, le cas échéant.

Nous sommes en faveur de l'alinéa 2 de l'article 12 en ce qui a trait au délai d'attente pour les patients inscrits sur une liste d'accès aux services spécialisés et surspécialisés visée à l'article 185.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁷. Par contre, nous croyons que la gestion de cette problématique devrait se faire localement. Pour favoriser l'actualisation de cet objectif, l'ACMDPQ s'engage à mobiliser et à soutenir les CMDP afin de mettre en place des mécanismes pour obtenir des délais raisonnables en fonction des ressources disponibles.

SECTION II – EXEMPTIONS

Nous désirons porter à l'attention du législateur le danger de chaos provoqué par l'application d'exemptions par rapport aux obligations qui incombent au médecin, selon le cas, en vertu du premier alinéa de l'article 3 ou de l'article 10, de l'article 11 ou de l'article 12 du présent projet de loi.

Non seulement le piège de l'excès aurait des répercussions sur l'ensemble du corps médical qui se verrait contraint d'assumer les obligations de leurs confrères exempts de ces mêmes obligations, mais encore une fois le processus d'octroi de privilèges et d'obligations découlant de ceux-ci est encore contourné. À nouveau, le chef de département à qui revient la responsabilité de coordonner et de surveiller les activités cliniques de ses membres n'est pas impliqué. Une telle exemption doit être accordée en accord avec le chef de département et du CMDP et finalement sanctionnée par le conseil d'administration.

Au troisième paragraphe de l'article 13, les termes «de manière exceptionnelle et pour un motif sérieux» méritent d'être précisés. Le délai de 15 jours nous semble improbable considérant la consultation inévitable à faire auprès du chef de département concerné, du DSP et finalement du CMDP. N'oublions pas que le président-directeur général siège au comité exécutif du CMDP.

L'ACMDPQ recommande que toute demande d'exemption d'un médecin adressée au directeur général soit transmise pour avis au chef de département avec copie conforme au DSP et que cet avis soit transmis au CMDP qui fera sa recommandation au conseil d'administration.

⁷ LSSSS, L.R.Q., c. S-4.2

SECTION III – RÉDUCTION DE LA RÉMUNÉRATION

Encore une fois, la compréhension des articles touchant la réduction de la rémunération est ardue en lien avec la signification du terme «agence». Ainsi, aux articles 15 et 16, l'agence fait référence soit au PDG de l'établissement ou au MSSS. Qui surveille quoi? Qui transmet quoi à qui?

Nous croyons que le chef de département concerné devrait être interpellé par le CMDP afin de valider les informations qu'il a reçues avant de transmettre ses conclusions au PDG. Le non-respect des obligations devrait être directement porté à l'attention du CMDP et non à la RAMQ.

L'ACMDPQ recommande que dans le processus d'analyse concernant une réduction de la rémunération, le chef de département soit consulté (tant pour un médecin spécialiste qu'un médecin de famille) et que le non-respect des obligations soit porté directement à l'attention du CMDP avant même d'en informer le PDG.

MODIFICATIONS EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

L'ACMDPQ souhaite que le présent projet de loi laisse aux instances professionnelles, soit au Collège des médecins ou aux CMDP locaux, la détermination des critères d'accès à la procréation assistée en fonction des normes scientifiques reconnues.

CONCLUSION

En tant que porte-parole des CMDP du Québec, nous ne pouvons pas passer sous silence les modifications concernant le pouvoir de surveillance des compétences professionnelles et des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques que subissent les CMDP dans le cadre de ce projet de loi. Cette situation aura des répercussions sur la qualité, la pertinence et la sécurité des soins de santé dispensés à la population québécoise autant que sur l'organisation efficiente et complémentaire des soins et services. Le patient sera certainement perdant, selon nous.

Nous sommes d'avis qu'en période de grands changements, le législateur se doit de conserver des structures qui ont fait leurs preuves, au fil des ans. Jusqu'à présent, les CMDP ont toujours assumé leur rôle et leurs responsabilités légales de manière efficace et professionnelle. Le transfert des pouvoirs des CMDP vers les DSP ou les présidents-directeurs généraux ne sert aucun intérêt clinique. Il ne fait aucun doute que le travail du comité d'examen des titres revêt une importance capitale dans le suivi de la compétence des membres du CMDP, de même que le travail du comité d'évaluation de l'acte dans le suivi de la qualité des soins et services.

De plus, nous soutenons que le rôle du chef de département est plus que jamais primordial dans nos organisations et que ce rôle doit être reconnu à sa juste valeur sous la double autorité mentionnée dans notre mémoire. L'ACMDPQ désire rappeler l'importance que revêtent les activités médico-administratives telles que soulignées dans ce mémoire.

L'ACMDPQ recommande que le gouvernement reconnaisse à sa juste valeur le travail médico-administratif (CMDP, comités du CMDP, chefs de département et service) en se dotant d'un règlement pour rémunérer ces derniers via la RAMQ.

Il nous apparaît primordial de considérer le rôle démocratique que le CMDP peut avoir dans la gestion des conflits, de l'organisation et de la planification des soins et services plus qu'un seul individu tel le DSP. Cette notion de distribution du pouvoir assure un certain équilibre et une certaine pérennité dans les soins et services. Nous rappelons que la LSSSS prévoit plusieurs mécanismes de contrôle de la pratique et que l'ajout de nouveaux ne ferait qu'alourdir la bureaucratie, à notre avis.

Les CMDP ont toujours participé à l'organisation scientifique et technique dans l'établissement en donnant des avis sur les aspects professionnels. Il ne serait pas judicieux de la part du législateur de balayer du revers de la main une telle expertise. C'est pourquoi nous souhaitons revendiquer le devoir, voire l'obligation, d'être présent sur les comités directeurs, les tables de concertation et les groupes de travail qui se pencheront sur les aspects d'organisation clinique, scientifique et technique, de même que sur ceux qui évalueront la qualité, la pertinence et la sécurité des soins et des services de santé ainsi que sur les futurs modèles de gestion clinique.

L'ACMDPQ recommande de prendre appui sur les impacts de la nouvelle loi, la «Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales» et de permettre aux établissements se doter de structures cliniques efficaces basées sur un plan d'organisation tenant compte des réalités locales avant de mettre en place le présent projet de loi.

Finalement, nous craignons que le patient soit la personne qui subira le plus d'effets secondaires indésirables si le projet de loi est adopté tel que présenté.

RECOMMANDATIONS DE L'ACMDPQ

1. **L'ACMDPQ** recommande que l'évaluation de la compétence professionnelle et du respect des obligations rattachées aux privilèges demeurent une responsabilité du comité d'examen des titres, et par conséquent du CMDP, et que le renouvellement des privilèges et des obligations des médecins soit effectué après étude de la demande reçue et non de manière automatique.
2. **L'ACMDPQ** recommande, si le ministre le juge nécessaire, que le CMDP, par l'intermédiaire de son chef de département de médecine générale, soit responsable de s'assurer qu'un médecin omnipraticien respecte l'autorisation qui devrait être assujettie au processus de nomination et de renouvellement.
3. **L'ACMDPQ** recommande que les responsabilités légales conférées aux CMDP relativement à l'octroi et au renouvellement du statut et des privilèges des membres du CMDP soient maintenues tel qu'actuellement existantes et, au besoin, élargies.
4. **L'ACMDPQ** recommande que le plan d'organisation clinique prévoie les modalités pour l'utilisateur admis, toute clientèle confondue, après avis du CMDP tel que prévu à l'article 183 de la LSSSS et que l'article 11 du projet de loi 10 soit modifié afin d'éviter les négociations à la pièce.
5. **L'ACMDPQ** recommande que toute demande d'exemption d'un médecin adressée au directeur général soit transmise pour avis au chef de département avec copie conforme au DSP et que cet avis soit transmis au CMDP qui fera sa recommandation au conseil d'administration.
6. **L'ACMDPQ** recommande que dans le processus d'analyse concernant une réduction de la rémunération le chef de département soit consulté (tant pour un médecin spécialiste qu'un médecin de famille) et que le non-respect des obligations soit porté directement à l'attention du CMDP avant même d'en informer le PDG.
7. **L'ACMDPQ** recommande que le gouvernement reconnaisse à sa juste valeur le travail médico-administratif (CMDP, comités du CMDP, chefs de département et service) en se dotant d'un règlement pour rémunérer ces derniers via la RAMQ.
8. **L'ACMDPQ** recommande de prendre appui sur les impacts de la nouvelle loi, *la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* et de permettre aux établissements se doter de structures cliniques efficaces basées sur un plan d'organisation tenant compte des réalités locales avant de mettre en place le présent projet de loi.

CRÉDITS

Nous tenons à remercier, pour leur collaboration à la rédaction de ce mémoire portant sur le projet de loi n° 20 *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, les personnes suivantes :

Docteur Zahi Abou Chacra, administrateur, ACMDPQ
Docteur Martin Arata, Président, ACMDPQ
Docteure Stéphanie Borduas Pagé, administratrice, ACMDPQ
Docteure Nathalie East, administratrice, ACMDPQ
Docteure Gabrielle Gagnon, administratrice, ACMDPQ
Docteur Annie Léger, administratrice, ACMDPQ
Madame Josée Martineau, Vice-présidente, ACMDPQ
Docteure Lucie Papineau, Secrétaire-trésorière, ACMDPQ
Docteur Mario Pelletier, Vice-président, ACMDPQ
Docteure Geneviève Richer, Vice-présidente, ACMDPQ
Docteur Roger Savard, administrateur, ACMDPQ