

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

RÉSUMÉ DES CHANGEMENTS TOUCHANT LA GOUVERNANCE CLINIQUE

Gouvernance clinique – Structure

Situation actuelle dans la loi	Situation dans la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace
<p>Directeur des services professionnels (DSP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsable de l'organisation médicale au sein de l'établissement. • Recrutement partagé entre le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les chefs de département et le DSP. • Autorité hiérarchique sur les chefs de département. 	<p>Directeur médical et des services professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nommé par le président-directeur général (PDG) de l'établissement et sous l'autorité hiérarchique de ce dernier. • Dispose d'une autorité hiérarchique sur les chefs de département. • Coordonne les activités médicales, professionnelles et scientifiques de l'établissement avec les autres directeurs. • Peut, dans certains cas, prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin, dentiste ou pharmacien. Ce pouvoir est exercé par le PDG et, en certains cas, par le chef de département clinique. • Règles d'utilisation des ressources élaborées par le directeur médical et des services professionnels. Elles prévoient l'imposition de sanctions administratives pour tout manquement commis par un professionnel faisant partie d'un département. • Aura des responsabilités et des fonctions élargies en ce qui a trait au processus d'octroi et de renouvellement des privilèges et sur l'ensemble de la gestion médicale, dentaire, pharmaceutique et des sages-femmes.
<p>Chef du département régional de médecine générale (DRMG).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nommé par le comité de direction du département. • Directement en lien avec le PDG. 	<p>Directeur médical de médecine familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nommé par le comité paritaire. • Dirige le département territorial de médecine familiale. • Chargé de voir à ce que les fonctions confiées au département sont exercées entièrement, correctement et sans retard, dans le cadre des pouvoirs confiés à Santé Québec et dans le respect des responsabilités des établissements de son territoire. • Minimalement un département par région. Toutefois, pour les régions avec plus d'un établissement, il pourra y avoir plus d'un département avec subdivision en territoires.
<p>N'existe pas.</p>	<p>Directeur médical de médecine spécialisée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nommé par le comité paritaire. • Dirige le département territorial de médecine spécialisée. • Le médecin qui dirige un département territorial est chargé de voir à ce que les fonctions confiées au département soient exercées entièrement, correctement et sans retard, dans le cadre des pouvoirs confiés à Santé Québec et dans le respect des responsabilités des établissements de son territoire. • Introduit une vision et une vigie sur l'organisation territoriale de l'offre de services en médecine spécialisée, qui inclut la pratique hors établissement. • Minimalement un département par région. Toutefois, pour les régions avec plus d'un établissement, il peut y avoir plus d'un département avec subdivision en territoires.

<ul style="list-style-type: none"> • Les chefs de département ont des responsabilités semblables à celles décrites dans le projet de loi, mais sans considération quant à l'organisation des services hors établissement. • Les responsabilités sont sous le DSP et sous le CMDP. 	<p>Chefs de département clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nommés par le PDG après consultation du CMDPSF, du directeur médical et des services professionnels ainsi que des professionnels faisant partie du département clinique. Ces chefs sont nommés parmi ces professionnels. • Rôle majeur dans l'organisation des services. • Participent au renouvellement des privilèges et des obligations. • Responsables envers le directeur médical à l'égard des professionnels qui font partie du département (rôle de coordination et de distribution des services), élabore les modalités du système de garde et les règles de fonctionnement du département. • Responsables, envers le CMDPSF, de surveiller l'exercice des activités professionnelles au sein du département par les professionnels qui en font partie, de collaborer si requis avec le directeur des soins infirmiers (DSI) pour la surveillance et le contrôle de la qualité de certaines activités et d'élaborer pour son département des règles applicables aux soins médicaux, dentaires et sages-femmes ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.
<ul style="list-style-type: none"> • Peut être nommé et relever d'autres cadres supérieurs ou hors cadres • La loi actuelle n'oblige pas les établissements privés (CH, CHSLD, CR) à avoir un DSI. • Pas de mécanismes prévus pour les DSI ou RSI au privé en cas de non-conformité des soins. 	<p>Directeur des soins infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nommé par le PDG et sous l'autorité hiérarchique de ce dernier. • Obligation pour les établissements privés, lorsqu'il s'agit d'un CH, d'un CHSLD ou d'un centre de réadaptation, de nommer un DSI. • Renforce le niveau d'encadrement attendu des soins infirmiers en milieu privé. • Surveille et contrôle la qualité des soins infirmiers, incluant ceux des IPS. • S'assure que les règles de soins infirmiers applicables dans l'établissement sont élaborées. • Responsable de la distribution des infirmières dans l'ensemble des secteurs de l'établissement (plans d'effectifs infirmiers). • Évalue, planifie et coordonne les soins infirmiers en fonction des besoins de l'établissement. • Santé Québec peut permettre, par exception et pour les plus petits établissements privés, que soit nommé un responsable des soins infirmiers (RSI) plutôt qu'un DSI. • Un DSI ou RSI à l'intérieur des établissements privés devra se référer au plus haut dirigeant responsable pour une situation de non-conformité des soins.
<p>Les disciplines sociales étaient sous la responsabilité du directeur des services multidisciplinaires.</p>	<p>Directeur des services de santé multidisciplinaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nommé par le PDG et sous l'autorité hiérarchique de ce dernier. • Responsable hiérarchique de certains services selon l'organigramme approuvé par Santé Québec. • Surveille et contrôle la qualité des services multidisciplinaires. • S'assure que les normes et procédures applicables en matière de services multidisciplinaires dans l'établissement sont élaborées. • Responsable de la distribution des ressources dans l'ensemble des secteurs de l'établissement (plans d'effectifs). • Évalue, planifie et coordonne les services multidisciplinaires en fonction des besoins de l'établissement. • Santé Québec peut permettre, par exception et pour les plus petits établissements privés, que soit nommé un responsable des services multidisciplinaires. • Le responsable des services multidisciplinaires à l'intérieur des établissements privés devra se référer au plus haut dirigeant responsable pour une situation de non-conformité des soins.

<ul style="list-style-type: none"> N'existe pas. 	<p>Directeur des services sociaux multidisciplinaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Nommé par le PDG et sous l'autorité hiérarchique de ce dernier. Responsable hiérarchique de certains services selon l'organigramme approuvé par Santé Québec. Surveille et contrôle la qualité des services sociaux. S'assure que les normes et procédures applicables en matière de services sociaux dans l'établissement sont élaborées. Responsable de la distribution des ressources dans l'ensemble des secteurs de l'établissement (plans d'effectifs). Évalue, planifie et coordonne les services sociaux en fonction des besoins de l'établissement. Santé Québec peut permettre, par exception et pour les plus petits établissements privés, que soit nommé un responsable des services sociaux. Le responsable des services sociaux à l'intérieur des établissements privés devra se référer au plus haut dirigeant responsable pour une situation de non-conformité des soins.
---	--

Départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée

Situation actuelle dans la loi	Situation dans la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace
<p>N'existe pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune obligation, aucun encadrement pour ceux œuvrant hors établissement. Aucune entente n'a jamais été conclue avec les spécialistes concernant les activités médicales particulières (AMP). Elles n'ont donc jamais été mises en place. Aucune obligation d'avoir des privilèges dans l'établissement (on peut établir la pratique que l'on veut, hors établissement). Autonomie totale lorsque les spécialistes œuvrent hors établissement. 	<p>Département territorial de médecine spécialisée</p> <ul style="list-style-type: none"> Santé Québec forme un seul département territorial de médecine spécialisée pour une région sociosanitaire. Ce département est composé de tous les médecins spécialistes qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnels. Lorsqu'elle forme plus d'un tel département pour une même région sociosanitaire, Santé Québec doit prévoir que ces départements regroupent de l'une des façons prévues ci-dessous les médecins spécialistes qui reçoivent une telle rémunération et qui pratiquent dans la région de manière que chacun d'eux appartienne à un seul de ces départements. Des activités médicales particulières (AMP) sont prévues pour les médecins spécialistes qui ne possèdent pas de privilèges en établissement (exemples prédéterminés : la participation aux activités hospitalières, le soutien à une installation de la région, une consultation sur référence selon les priorités établies par le réseau de la santé, le soutien à une installation en dehors de la région). Le département est dirigé par le directeur médical de médecine spécialisée nommé par un comité paritaire. Un comité paritaire est formé pour chaque département territorial. Le département territorial doit rendre compte au représentant de Santé Québec, membre du comité de direction du département, dans la forme et selon la teneur et la périodicité que ce représentant détermine, de la mise en œuvre de l'organisation des services médicaux spécialisés et de l'atteinte des objectifs. Le PDG est membre du comité de direction. On introduit un encadrement avec les AMP, soit une obligation d'être en lien avec le réseau et de participer à l'offre de services médicaux sur un territoire pour répondre aux besoins de la population, éviter les bris de services, augmenter l'accessibilité aux services, etc. L'organisation des services de médecine spécialisée offerts par les médecins du territoire est élaborée par le département territorial de médecine spécialisée qui en font partie et est ensuite soumise au représentant de Santé Québec, membre du comité de direction du département. Le département territorial de médecine spécialisée s'assure de l'organisation des services médicaux spécialisés sur le territoire du département.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les fonctions du département territorial sont exercées par un comité de direction. • L'établissement étant responsable du département territorial de médecine spécialisée sera déterminé par Santé Québec. (La responsabilité territoriale pour la médecine spécialisée pourrait être attribuée à un établissement différent de celui responsable de la médecine familiale sur le territoire. Par exemple, pour la région de Québec, la responsabilité territoriale en médecine spécialisée pourrait être sous le CHU de Québec plutôt que sous le CIUSSS Capitale-Nationale.) • Le département territorial de médecine spécialisée est le miroir de l'organisation en département de la médecine familiale.
<ul style="list-style-type: none"> • Existe en tant que département régional de médecine générale (DRMG). 	<p>Département territorial de la médecine familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé Québec forme un seul département territorial de médecine familiale pour une région sociosanitaire. Ce département est composé de tous les médecins de famille qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnels. Lorsqu'elle forme plus d'un tel département pour une même région sociosanitaire, Santé Québec doit découper le territoire de cette région de manière à ce que tout médecin de famille qui reçoit une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratique dans la région appartienne à un seul de ces départements. • Le choix par région est fait parmi une liste d'AMP pour les médecins de famille également. • Le département territorial doit rendre compte au représentant de Santé Québec, membre du comité de direction du département, dans la forme et selon la teneur et la périodicité que ce représentant détermine, de la mise en œuvre de l'organisation des services de médecine familiale et de l'atteinte des objectifs. Le département est dirigé par le directeur médical de médecine familiale nommé par un comité paritaire. Un comité paritaire est formé pour chaque département territorial. • Le PDG est membre du comité de direction. • L'organisation des services de médecine familiale est élaborée par le département territorial de médecine familiale et est ensuite soumise au représentant de Santé Québec membre du comité de direction du département. • Les fonctions du département territorial sont exercées par un comité de direction.

Conseils professionnels

Situation actuelle dans la loi	Situation dans le projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace
<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation de la qualité est assurée par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le Conseil des infirmières et infirmiers (CII), le conseil multidisciplinaire (CM), selon les professionnels impliqués. • Les conseils relèvent du CA. 	<p>Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évalue les trajectoires et l'organisation clinique dans une perspective interdisciplinaire afin de conseiller le PDG (vision globale). • C'est le principal conseil qui donne son avis sur l'organisation des services et des trajectoires de soins au PDG. • Dans l'appréciation des trajectoires cliniques, le conseil interdisciplinaire consulte au moins un usager dont l'expérience des services de santé et des services sociaux est, de l'avis du conseil, pertinente à la trajectoire concernée. • Il est composé d'un nombre égal de personnes membres de chacun des conseils suivants, dont le président du comité exécutif de chacun : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le conseil des infirmières et infirmiers, le conseil multidisciplinaire des services de santé, le conseil multidisciplinaire des services sociaux et le

	<p>conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes exerceront une partie de leurs fonctions sous l'égide du conseil interdisciplinaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduit une approche interdisciplinaire dans une volonté de décloisonnement des professions et de collaboration multidisciplinaire dans l'objectif ultime de prodiguer de meilleurs soins et services au patient tout au long de sa trajectoire dans l'établissement.
<ul style="list-style-type: none"> • Le CMDP est le conseil principal dans un établissement pour avis sur l'organisation des services et des soins. • En plus des responsabilités décrites et qui sont maintenues, le CMDP a aussi un comité des titres pour évaluer la compétence des futurs membres et fait la recommandation au CA pour les nominations (responsabilité transférée aux chefs de département et au directeur médical). • Le CMDP relève du CA. • Le Conseil des sages-femmes (CSF) est responsable envers le conseil d'administration de l'établissement. 	<p>Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsable du point de vue de ses membres envers le conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique pour les questions relatives aux trajectoires de services cliniques au sein de l'établissement, notamment en ce qui concerne leur pertinence et leur efficacité, l'organisation technique, scientifique et clinique de l'établissement, la distribution des services cliniques et tout autre sujet que le conseil interdisciplinaire porte à son attention. • Certaines responsabilités et fonctions du CMDPSF sont appréciées et surveillées par le directeur médical et des services professionnels : <ul style="list-style-type: none"> - évaluation de la qualité et de la pertinence de l'acte médical, dentaire, pharmaceutique et de sages-femmes (comité d'évaluation de l'acte); - étude des plaintes formulées à l'endroit d'un médecin, dentiste, pharmacien ou sage-femme (comité de discipline); - avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes qui exercent leur profession au sein de l'établissement; - mise en place d'un comité de pharmacologie pour l'approbation des règles applicables à l'utilisation des médicaments soumises au conseil. • Ajout des sages-femmes au CMDPSF : <ul style="list-style-type: none"> - constitution d'un sous-comité formé à la majorité de sages-femmes à l'égard des règles de soins applicables aux sages-femmes.
<ul style="list-style-type: none"> • Le CII est responsable envers le CA de l'établissement. • Aucune exigence à la représentativité du comité exécutif. • Aucune exigence d'autres comités. 	<p>Conseil des infirmières et infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsable du point de vue de ses membres envers le conseil interdisciplinaire de l'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique, technique et scientifique pour les questions relatives aux trajectoires, à l'organisation et à la distribution des services cliniques de l'établissement. • Certaines responsabilités et fonctions sont appréciées et surveillées par le directeur des soins infirmiers (DSI). • Peut faire des recommandations sur les règles de soins, la distribution des soins et le maintien de la compétence des infirmières.
<ul style="list-style-type: none"> • Regroupe l'ensemble des disciplines autres que médicales et infirmières. 	<p>Conseil multidisciplinaire des services de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certaines responsabilités et fonctions sont appréciées et surveillées par le directeur des services de santé multidisciplinaires (DSSAMV). • Responsable du point de vue de ses membres envers le conseil interdisciplinaire de l'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique et de l'amélioration des pratiques dans les domaines multidisciplinaires (notamment : ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, audiologistes, techniciens en laboratoire, techniciens en imagerie, kinésologues).
<ul style="list-style-type: none"> • N'existe pas. 	<p>Conseil multidisciplinaire des services sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regroupe l'ensemble des professionnels des disciplines psychosociales (notamment : psychoéducateurs, spécialistes en réadaptation psychosociale, travailleurs sociaux, criminologues, éducateurs spécialisés, techniciens en

<ul style="list-style-type: none"> Les disciplines sociales étaient regroupées sous le Conseil multidisciplinaire. 	<p>assistance sociale, psychologues, neuropsychologues, agents en relation humaine).</p> <ul style="list-style-type: none"> Certaines responsabilités et fonctions sont appréciées et surveillées par le directeur des services sociaux multidisciplinaires (DSSOM). Responsable du point de vue de ses membres envers le conseil interdisciplinaire de l'évaluation des trajectoires, de l'organisation clinique et de l'amélioration des pratiques dans le domaine social.
---	--

Octroi d'autorisations

Situation actuelle dans la loi	Situation dans la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace
<ul style="list-style-type: none"> Permis délivrés par le MSSS. Pas d'engagement en particulier, hétérogène d'un établissement à l'autre. 	<p>Encadrement en ce qui a trait aux autorisations pour les centres médicaux spécialisés (CMS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Les CMS devront obtenir une autorisation qui sera accordée par Santé Québec avec certaines conditions à respecter. Dans le but d'assurer un meilleur encadrement des activités médicales réalisées en CMS, il est proposé d'introduire au processus d'autorisation un engagement détaillant notamment l'offre de services afin de répondre aux besoins de la population.
<ul style="list-style-type: none"> Les dentistes ne peuvent pas exercer en CMS selon la loi actuelle. 	<p>Inclusion des dentistes dans les CMS – autorisation de pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajout des dentistes afin qu'ils puissent exercer dans un CMS via une entente conclue en vertu de l'article 445. Offre de services importante comme il s'agit d'un besoin populationnel pour les enfants ayant besoin de soins dentaires sous anesthésie générale, ce qui évite l'utilisation de salles opératoires en CH.
<ul style="list-style-type: none"> Certification par le CISSS ou le CIUSSS de son territoire. Attestation temporaire de conformité (pour ouvrir une nouvelle RPA) par le CISSS ou le CIUSSS de son territoire. 	<p>Résidences privées pour ainés (RPA)</p> <ul style="list-style-type: none"> Autorisation délivrée par Santé Québec requise pour l'exploitation d'une RPA.
<ul style="list-style-type: none"> Certification par le CISSS ou le CIUSSS de son territoire. Attestation temporaire de conformité (pour ouvrir une nouvelle ressource offrant de l'hébergement) par le CISSS ou le CIUSSS de son territoire. 	<p>Ressource offrant de l'hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> Obligation d'obtenir une autorisation pour toutes les ressources qui offrent de l'hébergement à des personnes vulnérables.
<ul style="list-style-type: none"> Assujettis à l'obtention d'une autorisation. Autorisation valide tant qu'elle n'est pas modifiée ou révoquée. 	<p>Organismes communautaires offrant des services d'interruption volontaire de grossesse chirurgicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Assujettis à l'obtention d'une autorisation. Autorisation valide tant qu'elle n'est pas modifiée ou révoquée.

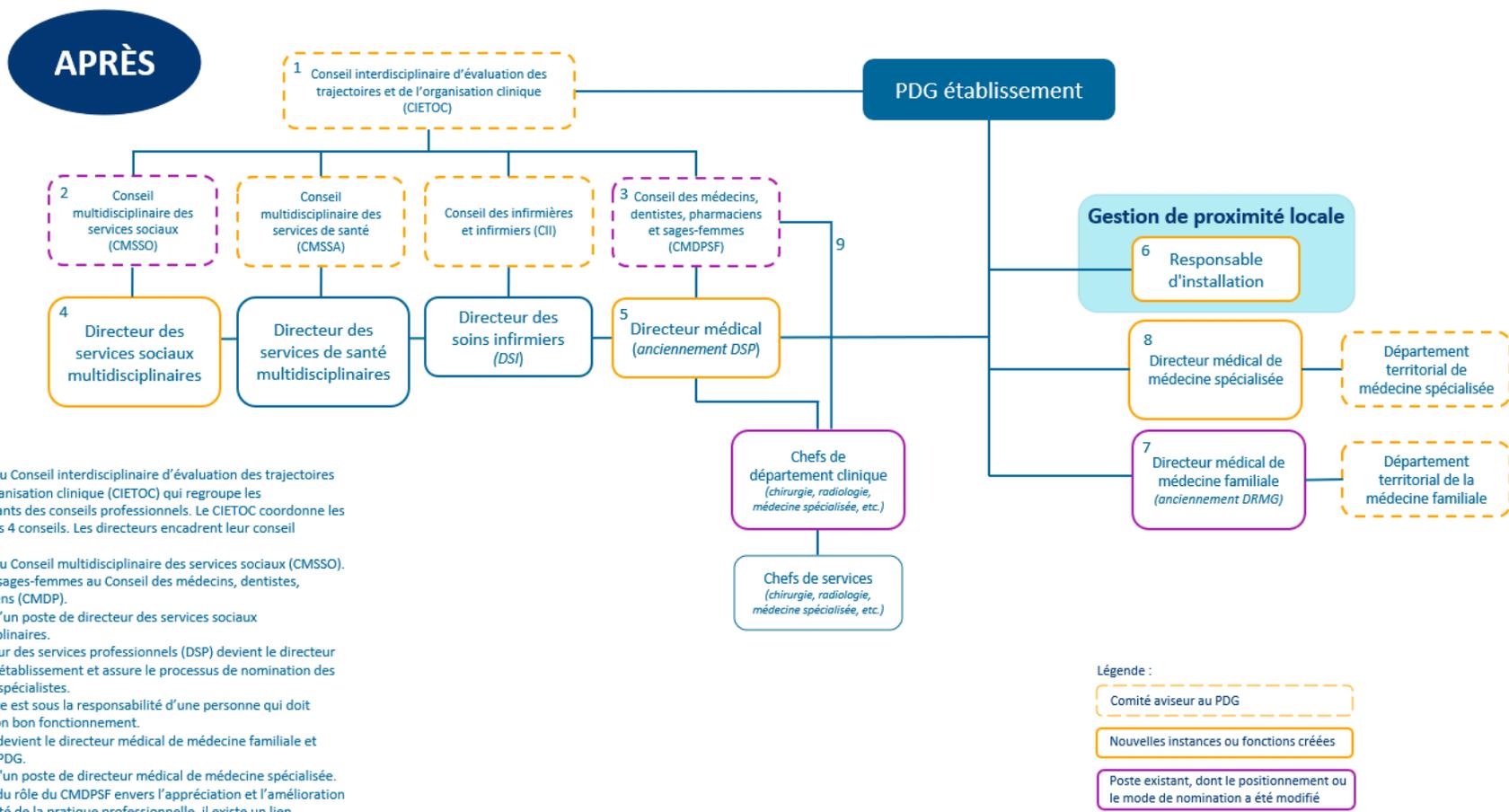
Nomination des médecins, dentistes, pharmaciens et privilèges des médecins et dentistes dans l'établissement

Situation actuelle dans la loi	Situation dans la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace
<ul style="list-style-type: none"> • Demande faite au PDG, traitée par le chef de département et DSP avec intervention obligatoire du comité des titres du CMDP qui émet une recommandation au CA. 	<p data-bbox="574 338 976 369">Nomination et octroi des privilèges</p> <ul style="list-style-type: none"> • La demande de nomination est faite par le médecin, dentiste ou pharmacien auprès du directeur médical et des services professionnels qui traite la demande, avec l'aide des chefs de département. • Après consultation du directeur médical et des services professionnels, le PDG a le pouvoir de nommer un médecin, dentiste, pharmacien afin d'exercer sa profession au sein d'un établissement. • Les médecins et les dentistes devront faire parvenir un écrit au PDG dans lequel ils reconnaissent avoir pris connaissance de l'acte de nomination qui prévoit des dispositions concernant le statut, les privilèges accordés, la durée et la nature ou le champ des activités médicales et dentaires exercées dans l'établissement ainsi que les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges. • L'encadrement de la pratique médicale et dentaire sera meilleur avec la notion de privilèges au sein de l'établissement. • Le processus sera simplifié et on aura un regard clair sur les privilèges et obligations.
<ul style="list-style-type: none"> • Chaque demande de renouvellement doit repasser par le comité des titres et obtenir l'approbation du CA. 	<p data-bbox="574 903 927 934">Renouvellement des privilèges</p> <ul style="list-style-type: none"> • La demande de renouvellement est faite par le médecin ou le dentiste concerné au directeur médical et des services professionnels, qui avise le PDG s'il y a motif à refus en en précisant, le cas échéant, la nature. • Le statut et les privilèges d'un médecin ou d'un dentiste peuvent être modifiés à l'occasion de leur renouvellement. Il en est de même des obligations rattachées à la jouissance des privilèges. • Le statut et les privilèges sont renouvelés pour une durée minimale de 12 mois et maximale de 48 mois. • Le processus est allégé.

Modifications à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (LSPU)

Situation actuelle dans la loi	Situation dans la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace
<ul style="list-style-type: none"> • Composition : <ul style="list-style-type: none"> - Un directeur médical régional (DMR); - Un membre nommé par les municipalités faisant partie du territoire desservi par le CCS; - Deux membres nommés par les CISSS ou CIUSSS; - Cinq titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers. 	<p data-bbox="574 1432 1227 1463">Gouvernance des centres de communication santé (CCS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revoir la composition des CCS pour assurer une plus grande représentativité des différentes parties, soit : <ul style="list-style-type: none"> - un directeur médical régional (DMR); - un membre nommé par les municipalités faisant partie du territoire desservi par le CCS; - trois membres indépendants nommés par Santé Québec; - quatre membres nommés par Santé Québec; - deux titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers.

<p>Malgré toute disposition incompatible de la présente loi ou d'une autre loi, CAUREQ et CAUCA n'ont pas eu à modifier la composition de leur conseil d'administration (art 167 et 168 de la LSPU).</p>	<p>Gouvernance des centres de communication santé (CCS) de la Centrale des appels d'urgence Chaudière-Appalaches et Centre d'appel d'urgence des régions de l'est du Québec (CAUREQ)</p> <ul style="list-style-type: none"> Revoir la composition des deux CCS pour assurer une plus grande représentativité des différentes parties, soit : <ul style="list-style-type: none"> la composition ne sera plus obligatoirement de 15, mais entre 9 et 15; les membres indépendants désignés par les membres du centre parmi les candidats proposés par Santé Québec représenteront dorénavant un cinquième et non plus 3 membres obligatoirement; la présidence du CA ne sera plus obligatoirement occupée par un administrateur provenant de Santé Québec.
<ul style="list-style-type: none"> La Corporation d'Urgences-santé relève du ministre. 	<p>Statut de la Corporation d'Urgences-santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Revoir le statut de la Corporation d'Urgences-santé pour qu'elle relève de Santé Québec puisqu'ils sont pourvoyeurs de soins primaires. Changer le nom pour « Urgences-santé ».
<ul style="list-style-type: none"> La LSPU, à la différence de la LSSSS, ne comprend pas de disposition permettant un projet expérimental. 	<p>Possibilité de faire des projets expérimentaux</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter un article dans la LSPU afin d'être en mesure d'expérimenter des projets novateurs (projets pilotes). Mettre en place des projets pilotes tels que la paramédecine communautaire.
<ul style="list-style-type: none"> La durée légale du contrat de service avec les entreprises ambulancières est actuellement de trois ans. Ce contrat n'accorde que peu de latitude pour : <ul style="list-style-type: none"> déployer les objectifs poursuivis dans le contrat; analyser les résultats de la reddition de comptes. 	<p>Prolongation de la durée des contrats de service avec les entreprises ambulancières</p> <ul style="list-style-type: none"> Prolonger de deux années la durée légale du contrat de service avec les entreprises ambulancières, faisant ainsi passer les cycles de trois à cinq ans.
<ul style="list-style-type: none"> La durée des plans régionaux d'organisation des services est présentement de trois ans. 	<p>Prolongation de la durée des plans d'organisation des SPU</p> <ul style="list-style-type: none"> Prolonger de cinq ans la durée attendue des plans d'organisation des services préhospitaliers d'urgence, soit la même base que les plans stratégiques du MSSS.



Note :

- Création du Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIETOC) qui regroupe les représentants des conseils professionnels. Le CIETOC coordonne les actions des 4 conseils. Les directeurs encadrent leur conseil respectif.
- Création du Conseil multidisciplinaire des services sociaux (CMSSO).
- Ajout des sages-femmes au Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens (CMDP).
- Création d'un poste de directeur des services sociaux multidisciplinaires.
- Le Directeur des services professionnels (DSP) devient le directeur médical d'établissement et assure le processus de nomination des médecins spécialistes.
- Chaque site est sous la responsabilité d'une personne qui doit veiller à son bon fonctionnement.
- Le DRMG devient le directeur médical de médecine familiale et relève du PDG.
- Création d'un poste de directeur médical de médecine spécialisée.
- En raison du rôle du CMDPSF envers l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, il existe un lien fonctionnel entre celui-ci et les chefs de département.