

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Structure de la Gouvernance médicale au CISSSMO

Mars 2025

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2025-03-27.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	4
AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION	6
1. CHAMPS D'APPLICATION	6
2. BUT ET OBJECTIFS.....	6
2.1 But du Cadre de référence.....	6
2.2 Objectifs	6
3. FONDEMENTS LÉGAUX.....	7
4. PRINCIPES DIRECTEURS	7
4.1 Vision de la gouvernance médicale	7
4.2 Valeurs fondamentales	7
4.3 Principe de cogestion.....	8
5. DÉFINITIONS ET MODALITÉS	9
5.1 Principe de cogestion.....	9
6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS : MANDAT DES POSTES DE GOUVERNANCE MÉDICALE	9
6.1 Directeur médical et des services professionnels (DMSP).....	9
6.2 DMSP adjoint	10
6.3 Chef de département	11
6.4 Chef adjoint de département.....	12
6.5 Chef de service	12
6.6 Conseiller médical à la fluidité	12
6.7 Conseiller médical à la fluidité des soins à domicile.....	12
6.8 Coordonnateur médical.....	13
6.9 CMDPSF	13
7. MISE EN ŒUVRE	14
CONCLUSION.....	14
8. LISTES DES ANNEXES	14
9. RÉFÉRENCES	14
10. HISTORIQUE	15

Liste des abréviations et des acronymes

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CMDPSF	Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes
DMSP	Directeur médical et des services professionnels
DSPM	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDG	Président-directeur général

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 800 personnes et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

1 Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

La Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM) existe avant tout pour offrir des services médicaux de première ligne ainsi que des services spécialisés pertinents et de qualité à la population de la Montérégie-Ouest. Bien entendu, on ne peut exceller dans cette fonction sans une équipe compétente et engagée, favorisant le travail interdisciplinaire et la collaboration.

La DSPEM compte deux principaux mandats, dont celui de conseil et de gestion de l'effectif médical qui vise à coordonner les activités médicales et à assurer la présence d'une équipe médicale de haute qualité sur son territoire. Également, la DSPEM exerce un autre mandat en lien avec les opérations en médecine spécialisée dont l'objectif est d'offrir des soins et des services médicaux spécialisés sur les deux pôles de son territoire : Le Grand Suroît et Jardins-Roussillon.

Dans le cadre de l'introduction de la Loi sur la Gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS) [G-1.021] et de la création de Santé Québec, la DSPEM se dote d'une structure de gouvernance médicale. Cette structure permettra de clarifier les rôles, responsabilités et attentes associés aux différents postes de leadership médical, dans une optique de cogestion clinico-administrative.

1. Champs d'application

Le cadre de référence s'applique à la gouvernance médicale interne de la DMSP et établit les balises de son intégration au sein de l'organisation, en définissant le modèle de cogestion souhaité.

2. But et objectifs

2.1 But du Cadre de référence

Le but de ce cadre de référence est de détailler les rôles et responsabilités des différentes fonctions de gouvernance médicale.

2.2 Objectifs

Le plan de gouvernance médicale proposé a pour objectif premier de définir une structure de gouvernance médicale claire et cohérente, en précisant les rôles, responsabilités et attentes associés aux différents postes de leadership médical. Cette structure repose sur une vision partagée, des valeurs communes et des principes directeurs, notamment la cogestion clinico-administrative, qui guideront son fonctionnement et son intégration dans l'organisation existante.

Dans le contexte de la création de Santé Québec, dont la mission est de placer l'utilisateur au cœur des décisions qui le concernent, ce plan s'inscrit dans les grandes orientations de ce nouveau modèle organisationnel, qui mettent de l'avant :

- L'accessibilité des services pour tous;
- Le continuum de soins et des trajectoires fluides;
- Un équilibre renforcé entre la prévention et le curatif;
- Une organisation décloisonnée favorisant la collaboration interdisciplinaire;
- Une gestion axée sur la performance, avec des indicateurs mesurables et orientés vers les résultats;
- Le principe de subsidiarité, qui garantit que les décisions soient prises au niveau le plus pertinent et proche des usagers.

Pour atteindre ces objectifs, la cogestion médico-administrative devient un levier clé. Elle favorise une collaboration étroite entre les sphères clinique et administrative, tout en soutenant des processus décisionnels collectifs et structurés.

En s'appuyant sur les principes établis à l'article 32 de la Loi sur la Gouvernance du Système de Santé et de Services Sociaux (LGSSSS), ce plan fait de la cogestion et de la subsidiarité les piliers des orientations organisationnelles. En encadrant les rôles et responsabilités, il jette les bases pour des processus décisionnels collaboratifs, efficaces et transparents, tout en favorisant une synergie durable entre les sphères clinique et administrative.

La mise en œuvre de cette structure de gouvernance s'inscrit dans la continuité de la Politique encadrant la cogestion médico-administrative adoptée en 2022, qui souligne son importance stratégique et opérationnelle pour le CISSS de la Montérégie-Ouest. Cette politique réaffirme que la cogestion médico-administrative constitue un levier essentiel pour améliorer la performance, la qualité des soins et des services.

3. Fondements légaux

La gouvernance médicale proposée s'inscrit dans le cadre de la Loi sur la Gouvernance du Système de Santé et de Services Sociaux (LGSSSS). Cette loi définit les rôles et responsabilités notamment du directeur médical et des services professionnels (DMSP), des chefs de départements et des chefs de service.

La subsidiarité est affirmée comme principe directeur, reconnaissant l'importance de la cogestion locale pour garantir que les décisions stratégiques tiennent compte des réalités cliniques sur le terrain et ramenant l'utilisateur au cœur des décisions sur sa santé.

L'imputabilité partagée entre médecins et gestionnaires est établie, soulignant l'importance d'un leadership collectif dans la gouvernance.

4. Principes directeurs

4.1 Vision de la gouvernance médicale

La gouvernance médicale proposée repose sur l'objectif de renforcer l'efficacité et la pertinence des décisions en harmonisant les logiques professionnelles et organisationnelles. Inspirée par les modèles réussis de partenariat médico-administratif, cette vision met l'accent sur la collaboration étroite entre les cliniciens et les gestionnaires afin de maximiser la qualité et la sécurité des soins. Elle vise également à mobiliser le leadership médical au service des objectifs organisationnels, tout en respectant les impératifs cliniques, éthiques et sociaux.

4.2 Valeurs fondamentales

La gouvernance médicale repose sur des valeurs essentielles :

- **Orientation usager:** Améliorer l'accès aux services, la **qualité** et la **sécurité** des soins, en adoptant une approche proactive basée sur les besoins spécifiques de la population.
- **Collaboration :** Favoriser des relations constructives entre cliniciens et gestionnaires, avec un alignement stratégique et une imputabilité commune dans les décisions prises et l'atteinte des objectifs de performance clinique.
- **Communication :** Établir une communication claire et bidirectionnelle pour garantir une compréhension mutuelle des priorités et des décisions.

4.3 Principe de cogestion

La gestion clinico-administrative se positionne comme un principe directeur essentiel orientant l'élaboration et la mise en œuvre de ce plan de gouvernance médicale. Les organisations de santé hautement performantes démontrent qu'une cogestion réussie repose sur une synergie équilibrée entre deux logiques essentielles :

- La logique professionnelle, qui met l'accent sur l'autorégulation et l'autonomie des médecins, garantissant ainsi la qualité des soins et leur imputabilité envers les patients et leurs pairs.
- La logique organisationnelle, qui valorise les pratiques de gestion et l'importance des structures organisationnelles pour améliorer la performance des soins et services.

Pour maximiser cette synergie, deux mécanismes fondamentaux sont proposés :

1. La formalisation des rôles de gestion pour les médecins, afin de les inclure de manière claire et structurée dans la gouvernance des organisations.
2. Une approche collective du leadership, où la mobilisation des médecins joue un rôle critique dans l'amélioration continue des soins et services.

Le leadership partagé, indispensable à cette collaboration, s'appuie sur quatre composantes clés (cf. Annexe 1) :

- **Imputabilité**, qui engage chaque acteur à être responsable des résultats.
- **Équité**, qui reconnaît la contribution mutuelle des parties prenantes.
- **Engagement**, exprimé par une implication forte envers les objectifs et la mission de l'organisation.
- **Partenariat**, basé sur une relation respectueuse, une communication honnête et une confiance mutuelle autour d'un objectif commun.

Dans le cadre de la cogestion, la zone partagée entre gestionnaires et médecins englobe des responsabilités stratégiques et opérationnelles. Celles-ci incluent le déploiement de l'offre de services, la planification organisationnelle clinique, la gestion des équipements et des technologies médicales, ainsi que la gestion des incidents critiques. À cela s'ajoutent des fonctions cruciales telles que la planification budgétaire, le suivi des indicateurs de performance et l'évaluation des équipes (360°).

Cette approche repose sur une prise de décision conjointe, tenant compte des ressources humaines et financières disponibles, ainsi que sur une évaluation de l'état de santé globale de la population afin d'allouer les bonnes ressources aux bons endroits. Ce modèle de cogestion privilégie une gouvernance collaborative où gestionnaires et médecins travaillent en complémentarité pour répondre aux besoins cliniques et organisationnels, tout en maintenant un équilibre dans leurs responsabilités respectives.

Les expériences réussies montrent que la cogestion repose sur trois constats fondamentaux :

1. La mise en place de dyades de cogestion à tous les niveaux décisionnels pour renforcer la collaboration.
2. Une forte intégration économique, combinée à un engagement actif des médecins dans les structures organisationnelles.
3. Un accent constant sur la qualité des soins, soutenu par des technologies de pointe et un engagement collectif.

Ainsi, le développement du leadership médical et la mobilisation des médecins apparaissent comme des piliers incontournables pour atteindre des standards élevés de qualité, d'efficacité et de cohérence dans les soins. Une cogestion bien menée, alliée à un leadership médical fort, constitue une condition clé pour une gouvernance efficace et adaptée aux défis actuels et futurs de notre CISSS.

Dans ce contexte, un **organigramme complet des dyades de cogestion sera élaboré au cours de cette année**. Ce travail s'inscrira dans une démarche plus large de révision de la politique encadrant la cogestion médico-administrative [POL-10300], afin d'assurer une gouvernance encore plus alignée sur les besoins stratégiques et opérationnels du CISSS. Cet organigramme permettra de clarifier les responsabilités partagées et de renforcer la synergie entre gestionnaires et médecins.

5. Définitions et modalités

5.1 Principe de cogestion

L'émergence d'un leadership médical fort est essentielle à une gouvernance efficace des organisations de santé. Des changements structurels fournissant un cadre favorable sont essentiels pour y parvenir. Le leadership médical repose également sur plusieurs leviers complémentaires : une volonté sincère et mutuelle d'intégrer les médecins dans la gestion, un engagement partagé entre médecins et organisation pour atteindre des standards de qualité élevés, des incitatifs adaptés (intrinsèques et extrinsèques), ainsi que le développement des compétences et une gestion efficace du temps.

L'organigramme de la structure de gouvernance médicale, les rôles et responsabilités des postes de gouvernance médicale, ainsi que les principaux liens de collaboration entre les sphères clinique et administrative est détaillé dans l'Annexe A.

6. Rôles et responsabilités : mandat des postes de gouvernance médicale²

Les principes directeurs qui suivent doivent inspirer et encadrer les médecins dans leur rôle de leadership. Une **orientation centrée sur l'usager** doit guider chaque action, avec pour objectifs d'améliorer l'accès aux services, de garantir la qualité et la sécurité des soins, et de répondre de manière proactive aux besoins spécifiques de la population. Une **collaboration constructive** entre cliniciens et gestionnaires est essentielle, favorisant un alignement stratégique et une responsabilité partagée dans les décisions et l'atteinte des objectifs. Enfin, une **communication claire et bidirectionnelle** doit être établie afin d'assurer une compréhension mutuelle des priorités et des choix stratégiques. Ces principes constituent le cadre qui doit guider les médecins dans les tâches et responsabilités décrites ci-dessous.

6.1 Directeur médical et des services professionnels (DMSP)

En vertu de l'article 195 de la LGSSSS, le DMSP est nommé par le président-directeur général et doit être un médecin. Il s'agit d'un poste à temps complet. Il agit sous l'autorité directe de celui-ci, ce qui garantit une coordination étroite entre les aspects cliniques et administratifs.

Responsabilités principales :

Le DMSP est responsable de la supervision, de la coordination et de la direction des activités professionnelles et scientifiques au sein de l'établissement. Conformément à l'article 196, ses fonctions incluent :

- La coordination des activités entre les divers départements cliniques.

² Ceci est un abrégé des descriptions de postes. Pour davantage de détails, se référer aux articles de la LGSSSS et aux documents suivants : *Procédure - descriptions des rôles et responsabilités des chefs de départements, chefs adjoints et chefs de service; description de poste conseiller médical; description de fonction coordonnateur médical à l'urgence et description de fonction coordonnateur médical à l'hospitalisation.*

- La mise en place de règles visant une utilisation efficiente des ressources cliniques.
- La supervision des besoins en effectifs médicaux et la planification stratégique des ressources humaines, médicales et professionnelles.

Surveillance de la qualité des soins et supervision du CMDPSF:

Le DMSP est un acteur central dans la surveillance de la qualité des soins et des services. À ce titre, il supervise les activités du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF), conformément à l'article 205 de la LGSSS, afin de maintenir des standards élevés de qualité et de sécurité des soins.

Le DMSP s'assure également que les mécanismes d'évaluation de la qualité des soins sont efficaces, transparents et cohérents avec les priorités de l'établissement, tout en impliquant les membres du CMDPSF dans les décisions critiques.

Leadership et développement de la structure de gouvernance :

Le DMSP joue un rôle de premier plan dans le développement du leadership médical au sein de l'établissement. Il identifie, forme et soutient les médecins dans leur transition vers des rôles de gestion et de gouvernance. En collaboration avec les chefs de départements et les DMSP adjoints, il structure une gouvernance médico-administrative basée sur la cogestion, la transparence, l'imputabilité partagée et un alignement stratégique entre les objectifs cliniques et organisationnels.

Le DMSP, sous la responsabilité duquel relèvent les DMSP adjoints, les chefs de département, les chefs adjoints et les chefs de service, assure la coordination et la supervision de l'ensemble de leurs activités.

Rôle disciplinaire et gouvernance stratégique :

En tant que responsable disciplinaire, le DMSP veille à la conformité des pratiques médicales, dentaires et pharmaceutiques et des sages-femmes.

Gouvernance stratégique :

Le DMSP est un cadre supérieur et, à ce titre, membre du comité de direction de l'établissement. Il siège également à l'exécutif de gouvernance de l'établissement, où il joue un rôle clé dans les décisions stratégiques et opérationnelles, veillant à ce que celles-ci soient alignées sur les priorités cliniques et organisationnelles. En collaboration étroite et en cogestion avec les directeurs généraux adjoints (DGa), il contribue à assurer une coordination optimale entre les différentes sphères de gestion de l'organisation. De plus, conformément aux dispositions prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LGSSSS), il est membre du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CITOC), dont le mandat précis reste à définir.

6.2 DMSP adjoint

Le DMSP adjoint agit sous l'autorité du DMSP. Il s'agit d'un poste à temps partiel (2 jours par semaine). Le DMSP adjoint agit comme un pivot entre les équipes cliniques et les gestionnaires administratifs, en assurant une gouvernance locale alignée sur les priorités stratégiques de l'établissement. Son mandat s'articule autour des responsabilités suivantes :

1. Coordination des chefs de département :

- Dirige, coordonne et surveille les activités des chefs de départements, chefs adjoints et chefs de service dans un domaine d'expertise spécifique (par installation ou pour les soins de première ligne).
- Soutiens ces acteurs dans la mise en œuvre des orientations stratégiques et dans l'optimisation des processus cliniques.

- Contribue au développement du leadership médical et au soutien des chefs cliniques dans leurs responsabilités médico-administratives.
- 2. Cogestion avec les partenaires administratifs :**
- Collabore étroitement avec les **directeurs cliniques** pour assurer une cogestion efficace, harmonisant les objectifs cliniques et organisationnels.
 - Participe aux discussions stratégiques et opérationnelles pour s'assurer que les décisions reflètent les réalités du terrain et les priorités cliniques.
 - Soutiens le développement et le fonctionnement de la cogestion médicale dans le CISSS.
- 3. Rôle décisionnel :**
- Joue un rôle clé dans les missions tactiques et opérationnelles à l'échelle locale et régionale, en supervisant notamment le déploiement de services, la gestion optimale des ressources et le suivi des performances cliniques.
 - Contribue également à la résolution des problématiques opérationnelles quotidiennes ou courantes, en proposant des solutions concrètes et des orientations stratégiques adaptées aux besoins terrain.
 - S'assure que les initiatives locales et régionales s'inscrivent dans le cadre des objectifs de l'établissement et répondent aux besoins des usagers.
- 4. Délégations déterminées par le DMSP :**
- Assume tout autre mandat ou délégation confiés par le DMSP, notamment en matière de gestion disciplinaire, de surveillance des activités professionnelles ou de participation aux comités stratégiques de l'établissement.
- 5. Amélioration continue et suivi des performances :**
- Participe activement à l'élaboration et au suivi des indicateurs de performance et de qualité clinique et organisationnelle.
 - Collabore à la mise en œuvre de solutions pour améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des services de santé.

6.3 Chef de département³

Conformément aux articles 216 à 224 de la LGSSS, le chef de département assume les responsabilités liées à la coordination, la supervision et la qualité des activités cliniques au sein de son département.

Nomination et responsabilité :

Le chef de département est nommé par le président-directeur général après consultation des parties concernées, comme le prévoit l'article 217 de la LGSSS. Il est responsable de diriger et de coordonner les activités du département, tout en assurant leur alignement avec les orientations stratégiques de l'établissement. Le chef de département clinique est nommé pour un mandat de quatre (4) ans. Afin d'assurer un renouvellement des perspectives et des idées, il ne peut exercer plus de deux mandats consécutifs de quatre (4) ans à la chefferie du département, que ce soit en tant que chef ou en tant qu'adjoint. La durée maximale d'exercice consécutif dans ces fonctions est donc de huit (8) ans.

Responsabilités principales :

- Coordination des activités professionnelles :
 - Supervise les activités des membres du département.
 - Élabore et gère les systèmes de garde pour assurer une couverture médicale adéquate.
 - Élabore des règles de fonctionnement du département.
- Surveillance de la qualité des soins :
 - Veille à la compétence des membres du département.

³ Le détail des dyades de cogestion parmi les différents chefs de département, chefs adjoints et chefs de service sera travaillé au cours de la prochaine année (révision de l'organigramme de l'établissement présentement en cours).

- Surveille la qualité et la sécurité des actes médicaux réalisés par les professionnels sous sa supervision (art. 221) et collabore étroitement avec le CMDPSF pour s'en assurer.
- Gestion des ressources :
 - Collabore avec le DMSP (et ses adjoints) et son cogestionnaire administratif pour organiser efficacement les ressources humaines et matérielles du département.
 - Participe à la planification des besoins en effectifs médicaux.

6.4 Chef adjoint de département

Le chef adjoint de département assiste le chef de département en assumant des tâches opérationnelles locales.

Il coordonne les activités cliniques, gère les ressources, et veille à la qualité des soins au sein de son périmètre d'intervention, tout en soutenant les équipes dans leurs missions quotidiennes. Ce rôle opérationnel permet d'assurer une gestion de proximité, alignée sur les orientations stratégiques définies par le chef de département, garantissant ainsi une continuité et une cohérence dans l'organisation et la prestation des soins.

6.5 Chef de service

Le chef de service est responsable d'une unité spécifique (service) à l'intérieur d'un département (par exemple, le service de chirurgie orthopédique au sein du département de chirurgie).

Comme décrit dans l'article 226 de la LGSSSS, sous l'autorité immédiate du chef de département clinique, le chef de service exerce à l'égard du service les mêmes fonctions et pouvoirs que le chef de département clinique exerce à l'égard du département. Il ne peut cependant élaborer de règles contraires à celles élaborées par le chef de département clinique.

6.6 Conseiller médical à la fluidité

Nommé par le DMSP et sous la responsabilité du DMSP adjoint de son installation, le conseiller médical à la fluidité supporte les directeurs des activités hospitalières dans **l'organisation et la fluidité des soins**. Il s'agit d'un poste à temps partiel (10h par semaine). Dans ses fonctions principales, le conseiller médical à la fluidité:

- Participe à l'élaboration des orientations hospitalières et des actions prioritaires pour assurer un processus de déroulement fluide des soins pour le patient, transversalement dans l'installation.
- Assure un leadership mobilisateur en favorisant l'interaction entre les différents intervenants, afin d'assurer des soins optimaux et de qualité tout au long de l'épisode de soins.
- Agis comme expert-conseil et personne-ressource au sein de l'hôpital concernant la trajectoire hospitalière et les processus cliniques.

6.7 Conseiller médical à la fluidité des soins à domicile

Nommé par le DMSP et sous la responsabilité du DMSP adjoint 1^{re} ligne, le conseiller médical à la fluidité supporte la DSSADG dans l'organisation des soins à domicile. Il s'agit d'un poste à temps partiel (14h par semaine). Dans ses fonctions principales, le conseiller médical à la fluidité des soins à domicile:

- Participe à l'élaboration des orientations extra-hospitalières et des actions prioritaires pour assurer un processus de déroulement fluide des soins pour le patient, transversalement à travers l'ensemble du territoire.
- Assure un leadership mobilisateur en favorisant l'interaction entre les différents intervenants, afin d'assurer des soins optimaux et de qualité.
- Agis comme expert-conseil et personne-ressource des soins médicaux concernant la trajectoire extra-hospitalière et les soins à domicile.

6.8 Coordonnateur médical

Le coordonnateur médical, qu'il soit en charge des urgences ou de l'hospitalisation, joue un rôle clé dans la **gestion quotidienne de la fluidité hospitalière**. Le coordonnateur est rémunéré à la journée ou à la semaine, en fonction de la durée de son engagement. Il supervise les admissions, les transferts et les congés pour garantir une utilisation optimale des ressources disponibles et minimiser les engorgements. En collaboration avec les équipes cliniques et administratives (chefs d'unité et coordonnateur des lits), il intervient pour optimiser les processus hospitaliers et assurer une prise en charge fluide et efficace des patients.

6.9 CMDPSF

Le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF), conformément au règlement intérieur de l'établissement, a les responsabilités suivantes :

Avis au conseil interdisciplinaire (Art. 204) :

- Donner des avis sur les trajectoires cliniques, l'organisation technique et clinique, la distribution des services, et tout autre sujet pertinent.

Responsabilité envers le directeur médical (Art. 205) :

- Contrôler et évaluer la qualité des actes professionnels.
- Étudier les plaintes disciplinaires avant toute mesure.
- Conseiller sur l'évaluation et le maintien des compétences professionnelles.
- Assumer toute autre responsabilité confiée par le directeur médical.

Comités obligatoires (Art. 207) :

- Mettre en place un comité de pharmacologie, des comités d'évaluation de l'acte et des comités de discipline.

Comité exécutif du CMDPSF (Art. 209) :

- Composé d'un minimum de quatre médecins, un pharmacien, un dentiste et une sage-femme, supervisé par le directeur médical et le président-directeur général (ou son représentant).
- Coordonne les travaux des comités et veille au contrôle adéquat des actes médicaux et autres au sein de l'établissement.

Au CISSSMO, le comité d'examen des titres sera maintenu afin d'assurer un processus rigoureux et objectif pour l'étude des nominations. Ce comité contribuera à garantir que les décisions relatives à l'admission des professionnels au CMDPSF reposent sur des critères transparents et équitables, alignés sur les besoins de l'établissement et des usagers.

Collaboration avec la DQEPE :

Les responsabilités du CMDPSF visent à garantir des services cliniques pertinents, efficaces et de haute qualité pour les usagers. Dans cette optique, le CMDPSF, notamment à travers son

comité d'évaluation de l'acte, sera mis en relation avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Cette collaboration permettra d'établir une compréhension commune des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins, en favorisant une harmonisation entre les perspectives médicales et celles du reste de l'organisation. Cela garantira une prise de décision éclairée et cohérente, orientée vers l'amélioration continue des services cliniques.

7. Mise en œuvre

À la suite de l'approbation des diverses instances, les postes seront mis en affichage pour une officialisation des rôles et une mise en pratique de cette structure dès l'officialisation des nominations. Dans la prochaine année, un travail sera fait en collaboration avec les diverses autres directions pour établir les dyades de cogestion sur différents niveaux.

Conclusion

La mise en place de ce cadre de gouvernance médicale au CISSSMO représente une avancée significative vers une gestion plus efficace et intégrée des services de santé. En s'appuyant sur les principes de cogestion clinico-administrative, ce cadre vise à renforcer la collaboration entre les professionnels médicaux et les gestionnaires, garantissant ainsi une prise de décision équilibrée et alignée avec les besoins des usagers.

L'approche adoptée repose sur des valeurs essentielles telles que l'orientation usager, la collaboration et la communication, tout en respectant les fondements légaux établis par la LGSSSS. En précisant les rôles et responsabilités des différents acteurs de la gouvernance médicale, ce cadre offre une structure claire qui favorise l'efficacité, la transparence et la responsabilisation des parties prenantes.

L'implantation de cette structure nécessitera un engagement fort de la part de l'ensemble des intervenants. La réussite de cette initiative dépendra notamment de la mobilisation des leaders médicaux, mais également de l'ensemble de l'organisation.

En ce sens, la gouvernance médicale devient un levier stratégique majeur pour améliorer la qualité des soins et assurer un fonctionnement optimal des services offerts à la population.

Ainsi, ce cadre de référence établit les bases d'une gouvernance médicale cohérente et durable s'inscrivant dans les grandes orientations de Santé Québec et du CISSSMO. Il marque une étape essentielle vers une organisation plus performante et mieux adaptée aux défis actuels et futurs du système de santé.

8. Listes des annexes

ANNEXE A – Organigramme de la structure de gouvernance médicale

ANNEXE B – La cogestion en image

9. Références

POL-10300 Politique encadrant la cogestion médico-administrative

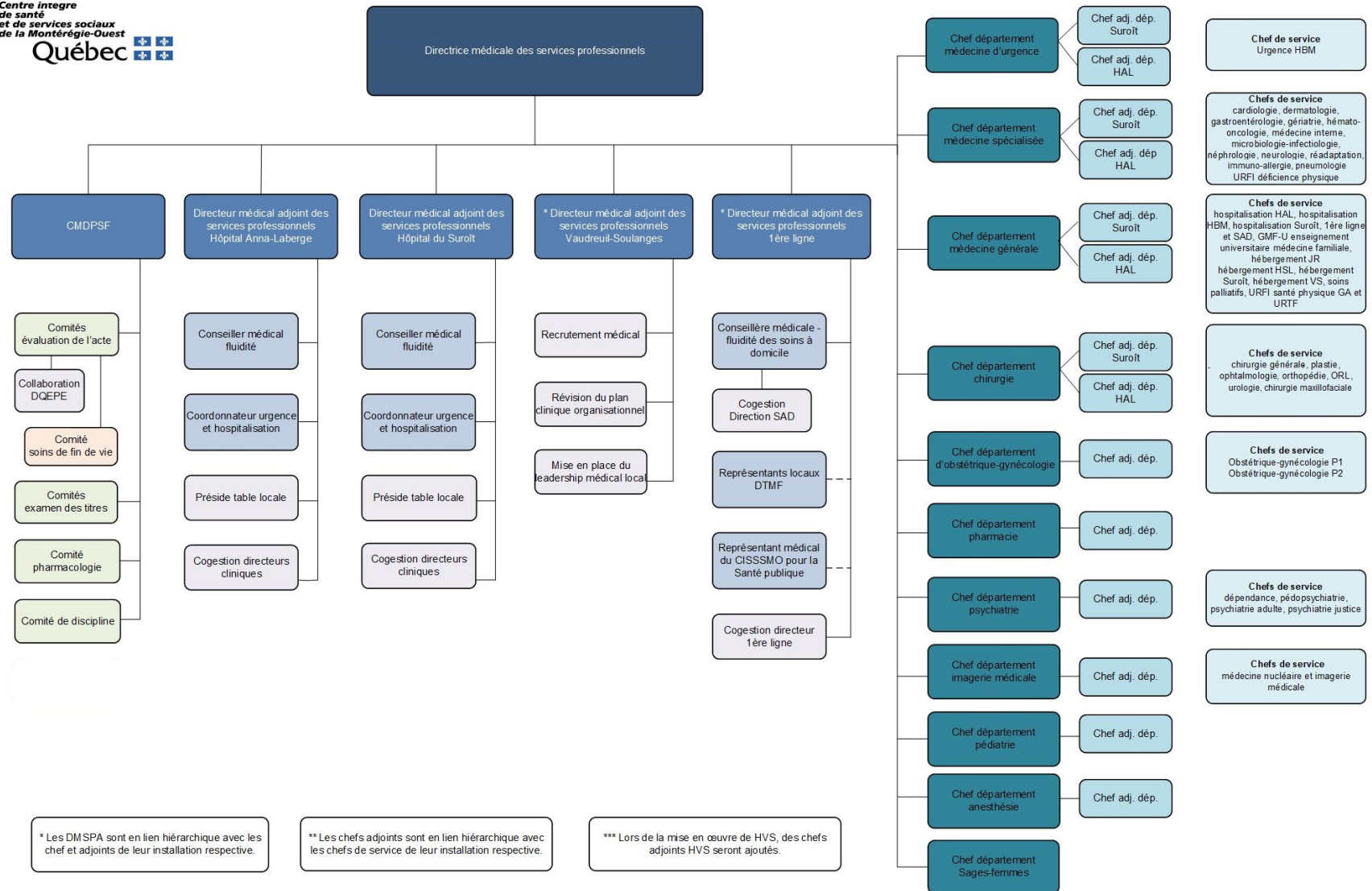
FORTIN, Ariane Hélène. « Revue de la littérature ciblée : Cogestion médico-administrative au Québec : définitions et enjeux de mise en œuvre », *Pôle Santé HEC Montréal*, Mars 2020.

10. Historique

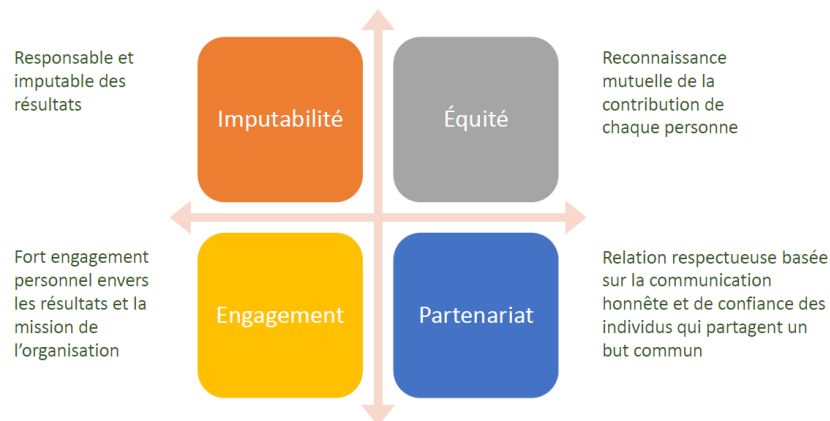
Processus d'élaboration		
Rédigé par	Dre Caroline Bourassa-Fulop, DMSP	2025-02-18
Consultation(s)	Dr Mitchel Germain, DSPa	2025-02-26
	Dre Élise Gilbert, DSPa	2025-02-26
	Dre Josée Hébert, DSPa	2025-02-26

Historique du document		
Approuvé par	Comité exécutif des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes	2025-03-05
Recommandé par	Comité de direction	2025-03-18
Recommandé par	Comité exécutif de gouvernance	2025-03-27
Adopté par	Philippe Gribauval, président-directeur général	2025-03-27
Commentaires	Numéro de l'acte d'adoption : PDG_SQ-CISSMO_20250327-14	

Organigramme de la structure de gouvernance médicale



Quatre composantes du leadership partagé



Jackson, S. 2000. A qualitative evaluation of shared leadership barriers, drivers and recommendations. *Journal of Management in Medicine*, 14(3/4): 166.

Pôlesanté
HEC MONTRÉAL

Qu'est-ce qu'on cogère ?

