ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le mardi 7 février 2017 — Vol. 44 N° 132

Consultations particulières sur le projet de loi n° 130 — Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (1)

**Président de l'Assemblée nationale :
M. Jacques Chagnon**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 $
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 $
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 $
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 $

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mardi 7 février 2017 — Vol. 44 N° 132

Table des matières

Auditions 1
- Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP) 1
- Les Sociétés canadiennes de technologies médicales (Medec) 10
- Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) 18
- Collège des médecins du Québec (CMQ) 26

Intervenants

M. Richard Merlini, président

M. Gaétan Barrette
Mme Diane Lamarre
M. François Paradis
M. Amir Khadir

* M. Martin Arata, ACMDP
* Mme Josée Martineau, idem
* M. Benoît Larose, Medec
* M. Jacques Milette, idem
* M. Pascal Couture, idem
* M. Claude Ménard, RPCU
* M. Pierre Blain, idem
* M. Charles Bernard, CMQ
* M. Yves Robert, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 7 février 2017 — Vol. 44 N° 132

Consultations particulières sur le projet de loi n° 130 — Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (1)

(Seize heures cinquante-deux minutes)

Le Président (M. Merlini) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, bienvenue à la Commission de la santé et des services sociaux. Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes au salon rouge de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

La commission est réunie afin de procéder aux auditions publiques dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n° 130, Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire : Non, M. le Président, il n'y a pas de remplaçant.

Auditions

Le Président (M. Merlini) : Alors, j'ai eu consentement tantôt des membres de la commission de passer l'étape des remarques préliminaires, et nous allons aller directement à notre premier groupe. On s'excuse des délais imprévus de la journée d'aujourd'hui, mais vous disposez de votre temps tel que prévu. Alors, je souhaite la bienvenue à l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec. Vous disposez d'un temps de 10 minutes pour votre exposé. Et je vous demande de bien vouloir identifier les personnes qui vous accompagnent. La parole est à vous.

Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP)

M. Arata (Martin) : Merci beaucoup, M. le Président. Merci beaucoup, M. le ministre, MM. et Mmes les parlementaires. Alors, à ma gauche, Mme Josée Martineau, pharmacienne au CISSS de Laval et vice-présidente à l'association, à ma droite, Dr Mario Pelletier, neurochirurgien au CIUSSS MCQ, donc Mauricie — Centre-du-Québec, et je suis Dr Martin Arata, P.D.G. de l'association des CMDP, spécialiste en médecine familiale et membre du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Alors donc, d'entrée de jeu, vous comprendrez que notre mémoire va s'inspirer et va s'attarder principalement aux questions concernant les rôles et responsabilités des CMDP qui sont mentionnés dans ce dernier. On doit vous dire que l'association considère que le mémoire semble avoir une tendance à centraliser les pouvoirs vers le ministère, ce que nous déplorons et nous constatons dans les dernières années. Nous sommes d'avis que les professionnels du réseau de la santé et services sociaux, dont les médecins, dentistes et pharmaciens qui sont membres des CMDP, demeurent les personnes les mieux placées pour s'autoréguler de par les attendus déontologiques qui nous sont conférés par notre profession.

Afin de présenter notre mémoire de façon succincte, nous allons nous attarder à certains articles que nous avons soulevés dans ce dernier et vous amener des commentaires au fur et à mesure.

Alors, pour l'article 15, qui est un article concernant la garde préventive, cet article-là nous interpellait du fait qu'on considère que la garde préventive se doit d'être bien balisée et qu'un formulaire standardisé serait fort approprié pour faire en sorte que les patients qui sont soumis à la garde... soit fait de façon beaucoup plus régulée. Par contre, on demande au P.D.G. de faire un rapport aux trois mois sur le nombre de gardes. Quelle en est la pertinence? Si les gardes ne sont pas adéquates ou ne sont pas justifiées, on ne sera pas en mesure de pouvoir s'assurer que ces dernières obtiennent l'objectif recherché par l'élaboration du formulaire en question, c'est-à-dire la pertinence. Donc, nous souhaitons peut-être que le CMDP ou le P.D.G. s'assurent d'une certaine pertinence dans tout ça. Et je pense que le CMDP demeure la personne ou l'entité la plus appropriée.

Nous avons pu constater aussi dans le document que le plan d'organisation ne fait plus l'objet d'une recommandation, mais bien de l'avis du CMDP et que ce dernier est préétabli par le projet de loi. Nous souhaiterions voir que ce plan d'organisation puisse demeurer adaptable aux réalités de chacun des établissements du Québec. Ce n'est pas la même chose dans le CISSS de Chaudière-Appalaches que dans le CIUSS Centre-du-Québec, que dans le CHUM ou le CUSUM. Cette possibilité d'adapter ce dernier permettait aussi aux gens de se retrouver à l'intérieur et d'avoir un sentiment d'appartenance que certains semblent avoir perdu avec les nouvelles structures. Un sentiment d'appartenance favorise aussi la qualité et l'implication des professionnels à l'intérieur de leur établissement.

On va revenir sur des anciennes choses. Le fameux triumvirat. Pour ceux qui ont vécu la période du H1N1, A (H1N1), qui était la fameuse pandémie de grippe que nous attendions à l'époque, il y a eu, à ce moment-là, la création du triumvirat de gestion, qui était le triumvirat P.D.G. ou DG à l'époque, CMDP et DSP. Cette entité-là pouvait gérer au quotidien les événements en lien avec la pandémie. Ce que ça a permis de constater, c'est que les trois personnes regroupées

dans cette entité étaient en mesure de faire en sorte que les décisions étaient prises rapidement, basées sur des données cliniques à partir de ce qu'on sentait et de ce qu'on avait du réseau. Alors, on était près des besoins des patients, près de la capacité du réseau à répondre et rapidement actualisable. Est-ce qu'on ne pourrait pas retrouver de façon plus formelle cette entité au Québec? Nous questionnons, mais c'est peut-être une nouvelle avenue qu'on pourrait explorer à court terme et pour laquelle peut-être les cliniciens se sentiraient aussi interpellés et considérés.

On parle beaucoup de règles, de règlements dans le projet de loi et on parle de règles d'utilisation de ressources, règles d'utilisation de médicaments, règles de soins. Ces règles-là semblent devenir obligatoires. Pour nous, une règle va être intéressante si elle est pertinente. À quoi bon élaborer une règle si elle sert pour deux cas dans l'établissement, deux patients? Ça n'apporte rien en termes d'accessibilité si elle n'encadre pas une pratique qui pourrait à la limite être déviante. Donc, il faut que la règle en question ait une plus-value, et c'est ce sur quoi nous espérons que l'on va baser l'élaboration de ces règles.

Le projet de loi aussi parle depuis longtemps de ne pas réserver de lit, de faire attention qu'on protège certaines vocations. Pour nous, il est impératif que des patients qui aient besoin d'un lit et qui séjournent à l'urgence soient rapidement dirigés vers un lit. Par contre, il faut toujours faire attention et s'assurer qu'il y a une gestion adéquate. Il ne faut pas non plus toujours se permettre de jouer dans les lits, et je m'explique.

La vocation chirurgicale d'un lit. Le patient qui vient pour une chirurgie élective, donc chirurgie planifiée, vous comprendrez que, si des cas de médecine sont dans les lits de chirurgie, le problème, c'est que le patient devra retourner chez lui. La famille ou les gens qui l'accompagnaient devront reprendre... Et c'est quelque chose qui n'est pas toujours souhaitable. Donc, une gestion des lits, protection de certaines vocations afin de s'assurer que le patient, en bout de ligne, ne subira pas les conséquences, pas pour garantir des lits pour prévoir des chirurgies ou garder des patients indûment dans des lits de chirurgie si ce n'est pas indiqué. Ça, pour nous, ce n'est pas l'objectif, mais, par contre, d'éviter un empiétement si les lits sont mal gérés dans d'autres situations.

Le renouvellement des privilèges et la nomination, le gros morceau qu'on retrouve, entre autres, en lien avec les CMDP. C'est quoi, la nomination d'un médecin, et d'un dentiste, et d'un pharmacien? C'est lorsque quelqu'un fait une demande dans un établissement. Présentement, on pense nommer les gens pour un an dans le nouveau projet de loi. On pense que nommer deux ans serait peut-être encore raisonnable, pour au plus deux ans. On pourrait laisser la latitude. On pense que le un à trois ans pour nomination ou renouvellement laisserait une certaine latitude. Quelqu'un qui termine son cours universitaire, habituellement, va faire ses examens du collège royal et va avoir une certaine certification de qualité. C'est ce qu'on s'assure, habituellement. Lorsqu'on va recruter quelqu'un, si on le recrute et on doit refaire le processus dans un an, on risque de s'embourber beaucoup dans la procédurite, il n'y aura pas nécessairement de plus-value.

• *(17 heures)* •

Je voudrais quand même souligner aux gens de la commission que l'ensemble des médecins ne sont pas des déviants et ne sont pas des gens qui sont incompétents. Et la majorité des gens qui terminent leur cursus sont des gens qui sont en mesure de faire un excellent travail et pour lesquels le renouveler après une période d'un an serait peut-être un gaspillage de temps et ferait en sorte que le CMDP, qui doit s'assurer de la qualité de l'acte, qui doit s'assurer d'autres fonctions au sein de l'organisation, dont l'organisation des soins et services, serait peut-être pénalisé dans ces autres fonctions là, ne ferait que la paperassite de renouvellement.

On parle de double consultation aussi, consultation parallèle entre le DSP et CMDP. On vous a expliqué tout à l'heure qu'on souhaitait avoir un rapprochement. De plus, le DSP est membre d'office de l'exécutif du CMDP. Alors, il siège lorsque les décisions sont prises. Alors, pourquoi faire un élément parallèle, une consultation parallèle? On ne voit pas de plus-value. À moins qu'il y ait des problèmes entre le CMDP et le DSP, on devrait voir à les régler et non à légiférer à cet effet-là.

Pour nous, le CCDG, au comité, on parle de table des chefs, on parle d'éléments qui n'existent plus vraiment au Québec, donc table régionale des chefs de médecine spécialisée, on verrait la table des chefs à l'intérieur des établissements qui existent déjà, donc chefs de département, DSP, président du CMPD et les directeurs concernés ou les chefs de programme, siéger ensemble à cette table de façon régulière afin d'amener les sujets à cette entité-là, qui permettrait encore d'actualiser rapidement les décisions cliniques. Nous sommes toujours d'avis qu'un partenariat entre les gestionnaires et les cliniciens est un gage d'amélioration de soins et services dans le réseau de la santé.

Bien sûr qu'avant de terminer je dois vous parler... je vais vous mentionner que le processus pour faire en sorte qu'un médecin est sanctionné, ou un dentiste, à l'intérieur de nos établissements est relativement complexe. Il n'est pas complexe parce que le CMDP est complexe, c'est par le contexte légal. Pour qu'un médecin puisse être sanctionné, il doit y avoir une plainte. Cette plainte-là doit être amenée en comité de discipline. Le comité de discipline doit se rencontrer, saisir l'exécutif de ses conclusions, et l'exécutif saisir le conseil d'administration. Ces processus-là peuvent aller jusqu'à deux ans au Québec présentement.

Donc, plus on va mettre de règles pour lesquelles on devra créer des comités de discipline, plus on risque de s'embourber dans les comités de discipline, ce n'est pas ce qu'on souhaite. On souhaite par contre mettre en place ou qu'on mette en place des mécanismes pour gérer les pas fins, nous autres, on les appelle les pas fins ou les pas fines, il y en a des deux côtés, alors ces gens-là qui sont déviants et pour lesquels un processus peut être plus léger permettrait un encadrement. Nous ne sommes pas contre l'encadrement des gens qui sont en marge de notre profession.

Alors, je vous dirais en terminant que nous sommes aussi perplexes, quant à la capacité d'actualiser le tout en trois mois. Il semblerait que, si le projet de loi voit le jour et est adopté, alors ce dernier se devra d'être actualisé en trois mois. Donc, déterminer les obligations, faire les renouvellements des gens, écoutez, il y a des établissements qui ont au-delà de 1 000 médecins. Vous comprendrez que 1 000 médecins, trois mois, divisé par le nombre de jours et le nombre d'individus et le nombre d'heures, ça pourrait être difficile et ça pourrait être fait à la sauvette. Ce n'est pas ce qu'on

souhaite, personne. Je suis certain que le ministre ne souhaite pas ça. Je suis certain que l'ensemble des présidents de CMDP ne souhaitent pas renouveler leurs membres à la sauvette.

Alors, oui, des obligations, il y en a. Ça existe au Québec, il n'y a aucun médecin qui est mort des obligations. Il y en a partout. Même maintenant le CMDP doit le faire, ils le font déjà en général, en tout cas, ceux qui ont été formés par l'association. Et nous considérons qu'il n'y a pas de risque. Il faut s'assurer que ce sont les bonnes obligations et qu'elles sont bidirectionnelles. C'est-à-dire que, si on oblige un médecin à faire certaines choses, il doit aussi avoir les outils nécessaires pour pouvoir actualiser ses obligations : ressources au bloc opératoire, ressources au niveau diagnostic, support au niveau des professionnels qui travaillent avec lui et en multidisciplinarité.

Alors, je conclurais sur ce à votre demande, et nous serons disponibles pour répondre à vos questions. Nous vous remercions de l'attention que vous avez portée à notre mémoire et espérons que ce dernier saura influencer le projet de loi de façon positive. Merci beaucoup.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Dr Arata, pour cet exposé. Avant de poursuivre avec la période d'échange, j'ai besoin du consentement des membres de la commission pour poursuivre nos travaux jusqu'à 18 h 30. Est-ce j'ai votre consentement? Consentement. Merci beaucoup.

Alors, nous procédons à la période d'échange en commençant par le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. Vous disposez d'un bloc de 15 minutes, M. le ministre. La parole est à vous.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, Dr Arata, bienvenue, Mme Martineau, Dr Pelletier. Alors, normalement, j'aurais fait des remarques introductives, que je ne fais pas parce qu'on est très en retard puis on veut absolument que vous ayez le maximum de temps pour vous exprimer. Je veux juste, pour que ce que vous nous exprimiez, ce soit mis dans un contexte, le contexte étant votre membership... Votre membership, il n'est pas complet dans le réseau hospitalier, n'est-ce pas?

M. Arata (Martin) : Que voulez-vous dire par «n'est pas complet»?

M. Barrette : Tous les CMDP ne sont pas membres de l'ACMDP.

M. Arata (Martin) : Non, c'est un membership volontaire, basé sur le désir des gens d'adhérer à l'association.

M. Barrette : Et est-ce que je trompe si je dis que les plus gros hôpitaux sont moins souvent membres que les plus petits? Puis ce n'est pas... je ne qualifie rien, je fais simplement...

M. Arata (Martin) : Qu'entendez-vous par «gros hôpitaux», pour préciser...

M. Barrette : ...

M. Arata (Martin) : Pardon?

M. Barrette : Les hôpitaux universitaires, par exemple.

M. Arata (Martin) : On a quand même deux hôpitaux universitaires qui sont membres de l'Association des CMDP présentement sur les quatre.

M. Barrette : Est-ce que... puis là j'aimerais ça vous entendre là-dessus. Vous avez dit à plusieurs reprises, puis je comprends votre réserve, parce que vous avez une réserve, qui... puis là corrigez-moi, là, c'est ça l'idée de ces échanges-là. Et vous avez une réserve qui vient certainement du fait que le corps médical a une certaine réticence à voir apparaître des règles supplémentaires, ou ce genre de choses là, ou des contraintes particulières. Puis ça, je ne pense pas dire quelque chose qui est dans le champ gauche. On est d'accord?

M. Arata (Martin) : On est d'accord qu'il y a toujours une crainte d'avoir certaines règles, peu importe la profession, de toute façon. Mais par contre, si ces règles-là sont pertinentes et servent à améliorer les services ou la qualité des services, on ne s'inscrira pas, à ce moment-là, en opposition à ces règles-là. Il faut qu'elles soient logiques aussi, ces règles-là.

M. Barrette : Vous avez dit... Oui, oui, je suis tout à fait d'accord avec vous. Et d'ailleurs c'est ça qui est le primum movens de cette affaire-là, ça doit être logique, pas simplement logique au sens mathématique du terme, mais il doit y avoir une logique par rapport à la pratique médicale et aux organisations dans lesquelles les médecins travaillent.

Vous avez dit quelque chose, évidemment, qui... et je l'ai noté parce que c'était pour moi... disons, ça a attiré mon attention. Vous avez dit que les médecins avaient une capacité de s'autoréguler. Vous allez me permettre de ne pas être d'accord avec vous. Si vous aviez dit : Les médecins ont une capacité à s'autoréguler la plupart du temps, oui, mais certainement pas à s'autoréguler tout le temps. Qu'en pensez-vous, de mon affirmation?

M. Arata (Martin) : Alors, c'est une affirmation, ce n'est pas une question, et je vais continuer sur votre affirmation. Alors, quelles professions et quels métiers ont la possibilité de s'autoréguler complètement? Il y a toujours

des gens qui vont réussir à se sortir d'un système quelconque ou de règles en général. Par contre, on fait affaire ici avec des professionnels quand même. Donc, je pense qu'il y a une certaine autorégulation qui existe pour laquelle...

Est-ce que quelqu'un est mieux qu'un pair pour faire une régulation d'un professionnel? Est-ce qu'il aura la capacité de le faire mieux qu'un confrère ou une consoeur? Vous comprendrez que, dans les départements, normalement, il y a des règles de fonctionnement. Ces règles-là sont appliquées par un chef. Ces règles-là sont supportées par le CMDP et en collaboration avec le DSP. Alors, la plupart du temps, on va tenter de les appliquer adéquatement. Des gens vont essayer de s'y soustraire souvent beaucoup plus pour des problèmes de comportement que de compétence, et ça, je pense que tout le monde peut s'entendre à cet effet-là. Et c'est là, comme je vous disais tout à l'heure, que c'est difficile de pouvoir appliquer une sanction ou d'arriver à quelque chose parce qu'on devra procéder via le processus disciplinaire, et c'est ça qui est lourd et long.

Et ce n'est pas parce qu'on ne veut pas le faire, au contraire. Depuis des années, on s'efforce à donner les moyens aux chefs de départements, aux CMDP de s'assurer d'avoir des dossiers professionnels bien structurés parce que, lorsque vient le temps de sanctionner pour le conseil d'administration... ne pas se retrouver devant un dossier blanc. C'est-à-dire que le médecin a fait des éléments inappropriés, ou des comportements inappropriés, ou des gestes inappropriés de façon récurrente, mais, lorsqu'on arrive pour sanctionner, le dossier professionnel est vierge. Alors donc, l'avocat va dire en somme : Bien, écoutez, mon client est totalement intègre. Il n'a jamais rien fait d'inadéquat. Tout est parfait.

Alors, on ne pourra pas sanctionner, et on va arriver avec une simple réprimande, et on va devoir recommencer ultérieurement et reprendre ce processus-là, ce qui est lourd. Puis ce n'est pas ce qu'on souhaite. Puis on ne veut pas que les médecins qui sont inappropriés continuent de pratiquer dans le réseau, c'est clair. On veut mieux les encadrer puis on veut se permettre de faire en sorte que la profession soit à la hauteur de ce qu'on attend. Puis c'est toujours là qu'on s'est inscrits.

• *(17 h 10)* •

M. Barrette : Alors, je vais reprendre votre argument, puis que je comprends très bien et avec lequel je suis d'accord, mais il y a un élément contextuel avec lequel je ne suis pas totalement... en tout cas, totalement accord. Le projet de loi n° 130, il touche plusieurs éléments. Avec vous, l'ACMDP, on parle du côté médical. Vous me le dites vous-même, là, et vous représentez beaucoup de monde dans le réseau hospitalier, plus les petits que les gros, et ce n'est pas négatif ce que je dis là. Au contraire parce que les petits, en général, ça va mieux, pas toujours, que les plus gros, mais pas toujours. Et je vous vois hocher de la tête et je comprends votre hochement parce que ce n'est pas toujours le cas.

Mais il n'en reste pas moins que, quand vous nous dites, quand vous nous dites que c'est compliqué, c'est difficile, aller en discipline, et, quand les gens subissent une critique qui, bien des fois, est fondée, les dossiers sont vierges, bien, je vous soumets, moi, que les dossiers sont vierges parce que justement, un, c'est compliqué, aller en discipline et, deux, ils sont vierges parce que les médecins ne s'autorégulent pas parce que, s'ils s'autorégulaient dans l'organisation qui est un hôpital, il y aurait des dossiers qui ne seraient pas vierges. Et, moi, dans mon expérience passée, ils étaient toujours vierges, les dossiers, alors qu'il y avait un historique de problèmes comportementaux.

Et je suis d'accord avec vous sur ce point-là, le projet de loi n° 130, là, ce n'est pas un projet de loi qui vise... La compétence, c'est le Collège des médecins. On est, dans le projet de loi n° 130, dans l'organisationnel, donc dans le comportement face à l'organisation. Alors, si les dossiers sont toujours vierges avec la structure actuelle, de laquelle vous faites partie, ça se peut-u que les dossiers soient vierges parce que justement il n'y a pas assez de règles? Là, vous allez me répondre : C'est parce que les gens ne l'appliquent pas. Mais là c'est la roue qui tourne, là. C'est un argument circulaire parce que moi, je vais vous répondre : Oui, mais c'est parce que ceux qui ont appliqué les règles n'ont pas de levier réglementaire pour les appliquer. Et, à un moment donné, pour que les dossiers ne soient pas vierges... puis l'idée n'est pas de faire une chasse aux sorcières, mais bien d'avoir des règles qui sont raisonnables. Il ne s'agit pas ni de faire une chasse aux sorcières ni de mettre en place des choses qui sont exagérées, qui n'ont aucun sens et, comme vous le dites, pour employer votre expression, qui sont illogiques, mais n'est-il pas pertinent d'avoir un certain nombre de règles clairement établies qui font en sorte que ne pas les respecter, ces règles-là, il y a des conséquences, une des conséquences étant le renouvellement des privilèges ou non? Vous ne trouvez pas?

M. Arata (Martin) : Je suis d'accord à l'effet qu'il doit y avoir certaines règles. Il y en a présentement. Moi, ce qui me surprend toujours, c'est d'avoir l'impression qu'il n'y a aucune règle dans le réseau puis que les docteurs font ce qu'ils veulent dans les établissements. Ça, ça me scie toujours un peu en deux, à l'effet de dire : Bien, écoutez, ils font ce qu'ils veulent. Il y en a qui font ce qu'ils veulent et qui se foutent des règles. Et ça, il y en a partout encore, comme je mentionnais.

Est-ce que le projet de loi, en diminuant la capacité du CMDP ou en diminuant les pouvoirs du CMDP, ne devenant qu'une organisation qui ne donne que son avis sur le plan d'organisation ou sur... va améliorer? Non. Le CMDP est probablement encore le meilleur organe régulateur pour les médecins, dentistes et pharmaciens à l'intérieur d'un établissement. Alors, ça demeure. Est-ce que d'établir des nouvelles règles va faire en sorte qu'on va avoir un meilleur dossier? Non. C'est de former les gens qui sont en poste de gestion. C'est d'aider ces gens-là à justement comment travailler avec les règles. Présentement, on va amener des nouvelles règles. Est-ce que les gens sont bien formés pour pouvoir faire en sorte qu'on va monter un dossier adéquatement, qu'on va structurer un dossier?

Lors du renouvellement, si on ne renouvelle pas un médecin pour des obligations non rencontrées, quel va être l'élément arbitraire pour pouvoir décider qu'un va l'être et l'autre ne le sera pas? Et la question, malheureusement, que je dois poser, c'est : Y aura-t-il une diminution de services? Quand je dis ça, là, ce n'est pas encore que je veux protéger les gens qui sont inaptes, au contraire, mais c'est juste de voir au niveau des conséquences. Est-ce qu'il y a d'autres façons d'amener des conséquences sur des gens qui sont inadéquats sans priver la population de services aussi? Parce qu'on sait qu'il y a des populations qui ont été prisonnières de certaines personnes ou de certains individus malheureusement

déviants parce qu'on n'avait pas de levier. Alors, je suis d'accord avec vous pour les leviers, mais ce n'est pas le projet de loi qui les donne.

M. Barrette : Je vais peut-être corriger ou éclairer votre lecture du projet de loi. Le projet de loi ne vise pas à centraliser quoi que ce soit. Le projet de loi vise à faire en sorte que, dans le réseau, il y ait un fil conducteur, qu'il y ait dans le réseau un ensemble de règles qui constituent un dénominateur commun auquel peuvent s'ajouter des ajustements réglementaires qui sont propres à tel ou tel milieu, mais je pense qu'il y a lieu aujourd'hui d'avoir un fil conducteur.

Je vais prendre un exemple très simple parce qu'il est le plus spectaculaire. Si vous avez vu l'horaire des consultations, vous avez vu que les hôpitaux vont venir, les RUIS vont venir, les directions d'hôpitaux vont venir. Je prédis qu'on va venir nous parler de la difficulté de faire respecter des règles de bloc opératoire, le règlement du bloc. Ça, c'est l'exemple le plus spectaculaire, c'est 40 % de l'activité d'un hôpital, et c'est là qu'il y a le plus de déviance, et c'est là où les règles, quand elles existent, sont les moins clairement ou formellement respectées. Ça existe, ça. N'est-il pas utile d'avoir l'assurance que, dans le réseau, par exemple, on ait un règlement de bloc opératoire qui soit au moins, à la base, le même et qu'à la base il ne dise pas simplement des choses du genre : Il doit y avoir quelqu'un qui est responsable de la programmation du bloc? Parce que souvent les règles, là, elles sont tellement vagues qu'elles ne veulent rien dire.

Alors, n'y a-t-il pas lieu à un moment donné que les règlements, un, soient uniformément, en grande partie, répandus dans le réseau et exercés et qu'ils soient suffisamment précis pour que ça veuille dire quelque chose? Aujourd'hui, je vous soumets ça. Il n'y a pas grand-chose, dans la réglementation et même dans l'activité d'un CMDP, qui va vous permettre d'agir sur la présence, en tort ou pas en tort, de façon systématique de tel ou tel chirurgien ou anesthésiste.

M. Arata (Martin) : Je suis d'accord à l'effet que ce que vous soulevez, c'est une règle d'utilisation de ressources. Une règle d'utilisation de ressources, dont le bloc opératoire ou les cliniques externes sont sous l'autorité... selon la loi du DSP et en consultation au CMDP. Donc, le processus d'élaboration vient du chef en lien avec le DSP, ce sur quoi nous avons moins de contrôle qu'une règle de soins, j'en conviens.

D'un autre côté, je suis surpris encore d'apprendre qu'il y a des blocs opératoires qui n'ont pas de règles d'utilisation du bloc opératoire. Je vous inviterais à communiquer avec certains de nos membres qui ont des règles qui sont là, qui sont appliquées, applicables, mais encore difficilement sanctionnables au point de vue des médecins qui ne se présentent peut-être pas à l'heure ou qui n'ont pas accès à leurs ressources. Lorsqu'un médecin, ça fait huit fois qu'il arrive à 8 heures puis que le personnel est arrivé à 8 h 30, c'est le même problème, d'un autre côté. On ne peut pas toujours non plus mettre la responsabilité sur le corps médical.

M. Barrette : Mais ce n'est pas ça qui est l'objet. Alors, tout le monde a ses responsabilités, je suis d'accord avec vous, mais disons que l'histoire a montré que le levier sur le comportement approprié ou non, sur le plan organisationnel, n'a jamais été très fort. On est plus dans la persuasion que dans l'application avec... On est plus dans la persuasion que dans la crainte, tiens. Disons-le comme ça.

M. Arata (Martin) : Je ne pense pas qu'on ait besoin de craindre l'administration ou la structure dans laquelle les gens vont pratiquer la médecine, la dentisterie ou la pharmacie. Je pense encore que, oui, les règles sont là, il y a beaucoup de règles. Et encore c'est dans l'applicabilité, et dans la faisabilité, et dans la facilité de les mettre en application et d'amener des sanctions qu'on a une lourdeur. C'est là que le bât blesse et c'est là qu'est, je vous dirais, la pierre angulaire de ce sur quoi on devrait travailler plus que d'ajouter de nouveaux règlements sans pour autant être capable d'actualiser la sanction par la suite. C'est ça qu'on vous amène, puis on vous dit que le CMDP s'est toujours inscrit dans une mesure de contrôle de la qualité des individus, mais avec les limites qui venaient avec la législation en cours.

M. Barrette : Justement. C'est exactement ça. Vous dites très bien la chose, avec les limites. Et les limites viennent avec l'absence de leviers réels. Et le projet de loi n° 130 n'est pas un projet de loi de sanctions, ce n'est pas un projet de loi de sanctions, c'est un projet de loi qui dit : Bien, vous avez ça à faire et, si vous ne le faites pas, bien là vous enclenchez ce qui arrive après. C'est un projet de leviers. Ce n'est pas un projet de sanctions, c'est un projet de leviers et de leviers raisonnables.

Je vais prendre un autre exemple, celui de ma spécialité. Comment se fait-il que, dans un hôpital universitaire, je l'ai déjà dit, Sherbrooke, qui est encore... bien là, ils sont en train de le baisser parce que le projet de loi s'en vient, là, le projet de loi, là... subitement, à Sherbrooke, il y avait 5 000, 7 000 films en retard, non lus, là, ils sont tous en train d'être lus. C'est quand même extraordinaire. Même chose dans d'autres régions. Il y en a partout, de ça.

Comment se fait-il que, dans certains hôpitaux, on ne soit pas capables de dire à des médecins : Ta spécialité, là, c'est ça, et tu ne peux pas choisir dans la spécialité, hein? Il y a des médecins, là — puis là je ne donne pas d'exemple parce que je ne veux pas entrer dans des cas de figure, mais vous les connaissez — qui disent : Moi, là, je fais juste ça parce que le reste, je n'aime pas ça. Bien là, vous ne trouvez pas qu'à un moment donné... Et là, là, juste cet exemple-là, il n'y en a pas, de levier dans vos règles. Les règles actuelles de CMDP, il y a zéro levier. Dites-moi le levier qui existe, actuellement, pour dire à un médecin : Ta spécialité comprend les actes 1 à 100. Si tu choisis de faire 22 à 37... C'est quoi, le levier pour faire faire 1 à 100? Il n'y en a pas.

Le Président (M. Merlini) : ...secondes, s'il vous plaît.

M. Arata (Martin) : D'accord. Je ne peux pas, malheureusement, être d'accord avec votre affirmation à l'effet que le levier qui existe, ça s'appelle les privilèges, ça détermine le champ de pratique. Et les obligations qui

s'y rattachent, elles existent déjà dans la loi, elles existent déjà dans ce qu'un CMDP peut faire. Alors, elles sont là. Encore, c'est dans la capacité d'amener une... pas une sanction, mais une décision suite au non-respect du règlement. Il est là, le problème.

Puis, oui, il y a peut-être eu du laisser-aller à certains égards, oui, mais je ne voudrais pas encore qu'on généralise et qu'on fasse en sorte que tous les maux du réseau ou du système, ou tous les déficits, ou toutes les problématiques viennent de ces quelques individus parce que c'est quelques individus qui entachent la profession et qui font en sorte que, même avec ces nouvelles règles là, pas certain qu'on va arriver à des résultats, outre le fait qu'on va peut-être demander au bon monde, les présidents de CMDP, les DSP, les gens qui veulent faire de la régulation, les chefs de département, de s'embarquer dans une bataille à ne plus finir, qui va être aussi lourde qu'avant puis de plus en plus fréquente parce qu'il va y avoir de plus en plus de règlements. Je ne voudrais pas voir ceux qui s'investissent se désinvestir du réseau, ce serait dommage.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup. Ça met fin à ce bloc d'échange avec le ministre. Maintenant, je me tourne vers l'opposition officielle. Mme la députée de Taillon, vous disposez d'un bloc de neuf minutes pour votre échange.
• *(17 h 20)* •

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, Dr Arata, Mme Martineau, Dr Pelletier, bienvenue. Merci pour votre présentation.

D'entrée de jeu, vous avez évoqué le fait qu'il y avait énormément d'éléments centralisateurs encore dans ce projet de loi. Effectivement, il faut bien se rendre compte que l'organisation ou les réformes, que ce soit dans le projet de loi n° 10, et dans le projet de loi n° 130, et plusieurs autres projets, ont, dans leur titre, souvent des enjeux de gouvernance, d'amélioration de la gouvernance.

Alors, quand on fait le bilan de ce qui est ajouté avec le projet de loi n° 130, c'est que, maintenant, le ministre, le ministre, va nommer le P.D.G., le P.D.G. adjoint, va permettre au P.D.G. de gérer la fondation et il va avoir droit de faire le plan à l'organisation si ça ne fait pas son affaire. C'est effectivement très, très, très centralisé, et il ne reste plus beaucoup de choses pour l'ensemble des autres partenaires dans le système de santé. Est-ce que vous avez déjà vu le plan d'organisation du ministre?

M. Arata (Martin) : Celui qui est proposé dans le projet de loi? Parce que, dans le projet de loi en question, le plan d'organisation est proposé avec les départements déjà préétablis. Donc, si on se fie à ce qui est proposé dans le projet de loi, on a un certain nombre de départements prédéterminés, et c'est celui-là qui devrait être adopté. Alors, comme je disais tout à l'heure, pour nous, un, devrait être au conseil d'administration, je pense, par respect pour les gens qui sont là, qui ont une compétence, d'adopter leur plan d'organisation et, deux, de permettre une certaine latitude aux gens qui pratiquent dans l'établissement en lien avec certaines missions qui peuvent être particulières et qui feraient en sorte qu'on créerait d'autres départements. Alors, ce qu'on a comme information, c'est celui qui est dans le projet de loi.

Mme Lamarre : O.K. Est-ce que... parce qu'il y a une énumération là, hein, de quelques départements formels dans les hôpitaux, mais est-ce que vous considérez que c'est un plan d'organisation, ça?

M. Arata (Martin) : Bien, c'est un plan d'organisation médicale et pharmaceutique parce que le département de pharmacie, si je ne m'abuse, y est inclus. Alors, c'est une description de département, ce qui faisait l'objet antérieurement d'un plan d'organisation. Quand on parle d'un plan d'organisation, c'est l'organisation clinique du centre, donc le nombre de départements et de services, et ce, auxquels se rattachent les médecins, dentistes et pharmaciens. Alors, c'est une forme parmi tant d'autres. Est-ce que c'est la meilleure? Je ne suis pas là pour argumenter à cet effet.

Mme Lamarre : Quand on écoute les patients, quand on écoute les citoyens, ce qu'ils traduisent, en tout cas, au niveau des hôpitaux, c'est beaucoup des problèmes de coordination, de synchronisation, de planification, d'efficience. C'est beaucoup ça, là. Il faut que les gens retournent trois fois parce qu'ils n'ont pas... le médecin n'a pas le rapport. Ça, là, je vous le dis, là, dans mon bureau de circonscription, moi, c'est quotidien, là, ce genre d'exemple là.

Alors, qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer? Est-ce que ça relève seulement des médecins? Vous faites référence à un triumvirat qui avait bien fonctionné, le CMDP, P.D.G., DSP, mais je vous dirais que c'est encore beaucoup médical, médical pharmaceutique, là, mais médical. Est-ce qu'il n'y a pas une coordination aussi avec les gestionnaires? Qu'est-ce qu'il manque pour qu'on soit plus performants selon vous?

M. Arata (Martin) : Bien, vous soulevez...

Mme Lamarre : On ne cherche pas de coupable, là, on cherche des solutions, mais ça en prend, des solutions parce que ça ne marche pas, là, comme c'est là.

M. Arata (Martin) : ...quelque chose d'important, c'est l'accès, par exemple, aux plateaux techniques, aux laboratoires ou aux résultats. Tout le monde, il n'y a pas un clinicien sur terre qui ne souhaite pas avoir l'ensemble de l'information lorsqu'il rencontre son patient pour prendre une décision, qu'elle soit en termes d'un diagnostic ou d'un traitement. Alors, quelle est la meilleure façon de coordonner? C'est de mettre les gens du terrain à participer aux solutions. Souvent, des solutions qui proviennent de l'extérieur ou des solutions mur à mur ne sont pas nécessairement les meilleures solutions. À Laval, à Thetford, à Trois-Rivières, la structure n'est pas la même, les gens qui travaillent n'ont pas les mêmes

fonctions, puis le support à la pratique n'est pas le même. Mais par contre, si les gens notent des problèmes, ils doivent... ils veulent faire changer... La lourdeur, maintenant, avec les nouvelles organisations, fait en sorte qu'avant d'aller d'en bas à en haut pour actualiser une décision on a beaucoup plus de paliers qu'avant, malheureusement, et ça devient un petit peu plus complexe.

Mme Lamarre : ...vous a mis plus de paliers qu'auparavant?

M. Arata (Martin) : Du point de vue médical, il y a un palier supplémentaire au niveau des décisions et de la gestion des médecins, qui est un palier local qui n'existait pas avant, puisqu'il était le palier décisionnel au niveau des CMDP, entre autres.

Mme Lamarre : Puis concrètement, là, dans la période des fêtes, il a manqué de chirurgiens, d'anesthésistes à Matane, il y en a manqué aussi aux Îles-de-la-Madeleine. C'est quoi, votre explication de ça? Qu'est-ce qu'il faudrait faire pour ne plus que ça arrive?

M. Arata (Martin) : Très bonne question. Il faudrait que je sois probablement au ministère pour avoir l'ensemble des données statistiques en termes de disponibilité des anesthésistes et des chirurgiens. Il faudrait probablement voir ce qu'il en est de ce côté-là.

Une voix : ...

M. Arata (Martin) : Le salariat? Excusez, est-ce que j'ai entendu ça? Non, d'accord, excusez-moi. Donc, je ne pense pas que ça non plus soit une solution. Je pense qu'il y a une répartition à réévaluer. Je pense qu'il y a un exercice à faire en termes de quels sont les services qu'on doit offrir de base à l'ensemble de la population du Québec parce que, non, je pense que ça ne devait pas être plaisant, pour les gens qui demeuraient dans cette municipalité ou les municipalités autour de l'établissement, de ne pas avoir de service, surtout qu'il y avait eu une tempête.

Mme Lamarre : ...coordination, si on parle de votre proposition, le CMDP, P.D.G, DSP, est-ce que ça aurait pu régler ça?

M. Arata (Martin) : Ça aurait pu certainement amener des discussions au niveau des instances locales.

Mme Lamarre : Le régler. Le régler.

M. Arata (Martin) : Le régler?

Mme Lamarre : Le régler.

M. Arata (Martin) : Écoutez...

Mme Lamarre : ...parce qu'il y a un manque d'anticipation, là, et c'est ça qu'on veut améliorer, là. Alors, qu'est-ce qu'on peut faire?

M. Arata (Martin) : Je ne pense pas qu'il y ait nécessairement eu... bien, il y a peut-être eu un manque d'anticipation. Je ne suis pas au courant du dossier dans son détail. Donc, je ne peux pas me prononcer sur les solutions mises en place, tout ça. Je sais qu'il y a eu appel à du dépannage. Je sais que les règles de dépannage ont été modifiées au Québec. Je sais que les gens comptaient sur les autres pour pouvoir se faire remplacer quand ils étaient à l'extérieur, puis les règles étaient différentes. On les a changées rapidement, ce qui a amené des gens ou des organisations à être déstabilisées et de ne peut-être pas prévoir des solutions qu'ils avaient prévues et qu'ils avaient utilisées antérieurement autrement.

Alors, est-ce que c'était la bonne solution de dire : On le fait comme ça, là, maintenant, sans aucune latitude laissée au milieu? Je ne peux pas aller dans le détail. Comme je dis, je ne suis pas au courant des tractations, des discussions. Est-ce que l'entité en question aurait pu aider à trouver des solutions? Peut-être que oui. À l'intérieur même de l'établissement? Peut-être. Et, si ce n'est pas à l'intérieur de l'établissement parce qu'à court terme il y a eu des changements de règles, est-ce qu'on peut aller à l'extérieur au Québec? Probablement. Mais c'est en se parlant et c'est en travaillant ensemble à partir des gens du terrain qu'on va trouver des solutions, j'en suis certain. Pour être un gestionnaire dans le réseau depuis longtemps, depuis plus de 20 ans, j'en ai vu de toutes sortes, que ce soit dans les petits milieux, des gros milieux ou des plus importants, les problèmes sont souvent les mêmes, c'est les solutions qui sont différentes.

Mme Lamarre : Vous avez évoqué le délai pour évaluer les privilèges, puis la récurrence, puis les courts délais. Vous diriez que ça vous prend combien de temps, par exemple, à procéder à la révision d'un dossier pour un médecin, puis, en moyenne, il y en a combien, là? C'est sûr qu'il y a des hôpitaux de différentes tailles, mais, j'imagine, il y a au moins une ressource à ce moment-là pour faire cette évaluation-là. C'est quoi, l'évaluation d'un dossier pour reconnaître la reconduction des privilèges?

M. Arata (Martin) : Normalement, pour faire un renouvellement d'un médecin à l'intérieur d'un établissement, on doit demander l'avis du chef de département. Donc, le chef de département doit évaluer son membre pour voir, au niveau de la compétence puis au niveau de son comportement et de son fonctionnement, s'il est adéquat. Cet avis-là est transmis au comité d'examen des titres, qui, lui, fait l'analyse du dossier. On a, si les gens sont dans un milieu universitaire, besoin de l'avis de l'université, donc en lien avec la candidature, pour voir, bien sûr, s'il respecte ses obligations universitaires. Suite à ça, le comité d'éthique analyse le dossier, regarde avec le dossier professionnel. Là, il y a des discussions légales. Est-ce que c'est le comité d'éthique ou l'exécutif qui regarde au dossier professionnel? On ne fera pas le débat, mais on regarde le dossier professionnel, qui est le fameux dossier vierge de tout à l'heure, s'il est mal monté, du médecin pour voir si on va reconduire les privilèges du médecin et si on va renouveler ses privilèges. Suite à ça, l'exécutif en fait une recommandation au conseil d'administration, qui va faire une résolution en bonne et due forme, qui inclut, donc, le statut, les privilèges, les obligations qui se rattachent aux privilèges et la durée pour lesquels ces privilèges-là sont octroyés.

Mme Lamarre : Dans l'ensemble de vos membres l'année dernière, il y en a eu combien qui ont eu des restrictions de leurs privilèges à la suite de ces évaluations-là?

M. Arata (Martin) : Ça, je ne pourrais pas vous le mentionner. Ce n'est pas une statistique que l'on a et qu'on tient à jour. Mais je peux vous dire qu'il y a plusieurs établissements qui vont renouveler des privilèges conditionnels à certaines modifications attendues de la part du médecin, et de plus en plus parce que, comme je vous disais tout à l'heure, on forme les CMDP, on forme les chefs de département à amener des structures adéquates pour gérer ces situations-là en collaboration avec l'Association canadienne de protection médicale, qui est l'assureur, en lien avec le collège, en lien avec l'Association des CMDP.

Donc, tous ces gens-là se mettent ensemble pour pouvoir traiter... puis je prends l'exemple, il y a un traitement des plaintes, qui est une formation qu'on donne, qui va avoir lieu en avril. Je sais que ça ne concerne pas la commission, mais c'est tout le mécanisme pour gérer ce qu'on appelle les médecins difficiles ou les médecins à problème, quelles sont les stratégies pour arriver et faire en sorte que ces gens-là soient mieux encadrés, évoluent de façon positive, et, si on n'a pas le choix, oui, on les sanctionne, mais qu'on puisse les accompagner dans tout ça parce que, des fois, il y a d'autres problèmes aussi en...

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec l'opposition officielle. Maintenant, je me tourne vers le deuxième groupe d'opposition. M. le député de Lévis, vous disposez d'un bloc de six minutes. À vous la parole.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Bonjour à tous. Mme Martineau, Dr Arata, Dr Pelletier.

Vous avez parlé du processus, il y a deux instants, pour le renouvellement des privilèges. Vous avez dit : Bon, il faut passer par là, il faut passer par là, il faut passer par là. Et je reprends la question de ma collègue la députée de Taillon. Tout ça mis ensemble, là, si on veut essayer d'avoir une idée, c'est quoi comme temps? Comme vous dites, là, ça prend du temps. Ça prend quoi comme temps?

• *(17 h 30)* •

Mme Martineau (Josée) : Ça peut prendre jusqu'à deux mois, l'évaluation d'un dossier. Ça peut être rapide, dépendamment, justement, des réunions du conseil d'administration ou des réunions de l'exécutif du CMDP puis des réunions aussi du comité d'éthique. Puis des fois on a besoin d'aller chercher des informations à l'extérieur, on a besoin d'aller consulter l'ancien milieu de la personne. Donc, ça peut être rapide comme ça peut prendre un certain délai.

Puis ce que je pourrais rajouter à la réponse de Martin, c'est : En fait, c'est du cas par cas. Les problèmes, on l'a dit, c'est une minorité. On ne peut pas le quantifier parce que, dépendamment des milieux, c'est très différent d'un milieu à l'autre. Mais c'est vraiment du cas par cas. Et notre levier que l'on a, c'est au lieu de renouveler pour deux à trois ans des privilèges, bien, à ce moment-là, les autres membres du département peuvent être renouvelés pour trois ans, puis un seul membre peut être renouvelé pour un an avec certaines conditions.

M. Paradis (Lévis) : Je reviens sur les chiffres, histoire de bien comprendre, parce que, tout à l'heure, vous disiez... le principe du trois mois, ça vous semble minimal puis pas réalisable. Puis vous donniez l'exemple de 1 000 médecins dans un centre hospitalier, par exemple, dans un hôpital, 11 médecins par jour, trois mois, ça... vous dites : Ça ne fait pas sens, c'est ça que ça ferait. Mais là vous me dites que... En fait, ce que vous dites, vous opposez le trois mois pour tout le monde à deux mois pour un cas. C'est ça que je comprends. C'est ce qui vous fait dire que le trois mois ne tient pas la route.

M. Arata (Martin) : Bien, c'est-à-dire que le processus est continuel. C'est-à-dire, lorsqu'on fait et lorsqu'on annonce ou lorsqu'on signifie à un médecin que ses privilèges à renouveler, bien, il doit faire sa demande, cette demande-là est acheminée au chef de département, tout le processus que je vous donnais tout à l'heure, ça peut prendre jusqu'à deux mois, à la limite, pour pouvoir compléter le processus. Une fois que le processus est fait, le dossier, l'analyse du dossier par le comité qui analyse les renouvellements, bien, peut prendre aussi un certain temps, dépendant si on offre... si on le fait bien, ou si on le fait moins bien, ou si c'est un cas à problèmes ou pas un cas à problèmes. Mais vous comprendrez qu'à 11 cas par jour d'analyse de dossier, où le comité ne ferait que ça, les médecins ne pourraient plus pratiquer parce qu'ils font ça en plus de leur pratique, les gens qui sont sur ces comités-là se verraient dépasser par la lourdeur de la tâche, donc le feraient probablement de façon un petit peu trop rapide. Et là on n'aurait pas ce qu'on attend du projet de loi en question.

M. Paradis (Lévis) : Là, vous vous inquiétez évidemment sur ce que vous dites, la lourdeur, la réglementation, la bureaucratie, et le reste. À votre avis, actuellement... parce que vous dites qu'on a des choses, il y a des choses qui existent. À votre avis, est-ce que les établissements disposent actuellement des leviers nécessaires pour s'assurer que tous les services soient offerts rapidement? Bon, à la limite, est-ce qu'un établissement pourrait maintenant obliger un médecin à travailler davantage pour s'occuper de radiographies non lues dans l'état actuel des choses?

M. Arata (Martin) : Dans l'état actuel de la législation, il est permis d'élaborer des règles d'utilisation de ressources qui permettraient de dire qu'est-ce qu'on doit lire, comment on doit le lire puis qu'est-ce qui doit être fait. La réglementation permet de sanctionner un médecin s'il ne respecte pas ses obligations, de par un processus disciplinaire. Tout est là.

C'est, comme je vous disais tout à l'heure, dans la capacité de le faire parce que c'est lourd. Un non-renouvellement, c'est lourd aussi et c'est long. Ce n'est pas parce que ce n'est pas fait et ce n'est pas parce que, demain matin, on va adopter 130 avec des nouvelles règles et un encadrement plus serré qu'on va régler tous les problèmes du réseau. C'est que des gens ne l'ont pas fait. Il faudra inciter ces gens-là à le faire davantage. Et ça, c'est là-dessus, je pense, qu'il faut qu'on travaille, impliquer les gens pour davantage s'autoréguler puis éviter que la profession en paie le prix.

M. Paradis (Lévis) : Je comprends, Dr Arata. Puis, en même temps, je retourne encore avec les patients puis ce que l'on sait. Je parlais de radiographies, les exemples, on les connaît, d'attente en chirurgie, des couvertures dans les périodes critiques ou les périodes de pointe, des endroits où il n'y a pas de médecin, on en cherche, il n'y a pas d'anesthésiste. Ça aussi, c'est connu de tout le monde. Puis le patient, lui, il prend ça... C'est lui, hein? C'est l'efficience et l'accessibilité. Est-ce que... Vous dites : On a ce qu'il faut. Mais je vous repose la question : Pourquoi on vit ce qu'on se raconte maintenant? Pourquoi les leviers dont vous disposez font en sorte qu'on est obligés d'aller plus loin, parce qu'on les a, les cas?

M. Arata (Martin) : Les leviers qu'on a puis qui vont être en lien avec 130, il n'y a aucun moyen coercitif. Déjà, du jour au lendemain, en disant : Bien, écoutez, moi, je vais prendre un anesthésiste à Chibougamau puis je vais l'envoyer à Matane demain matin parce qu'à Chibougamau ils sont 12, puis là, bien, il y en a trop pour Chibougamau, puis je l'envoie à Matane parce qu'il en manque... On a déjà fait ça, dans les urgences à une certaine époque, transférer des docteurs avec des subpoenas, ça n'a jamais été «winner». Donc, je ne pense pas qu'on peut le faire comme ça parce qu'il n'y a pas de moyen coercitif.

On a parlé tout à l'heure de planification, Mme Lamarre a soulevé la planification. Il y a des éléments qui se planifient, qui se voient venir. Une maladie, ça ne se voit pas. Puis il y a des petits milieux, il y a des petites organisations, encore, qui sont à revoir leurs offres de service. Et c'est ça, je pense, qui va venir. Mais, demain matin, si on décide qu'on met une règle puis qu'on oblige un médecin à aller à un endroit, faire telle chose, je ne suis pas sûr qu'on va déshabiller Pierre pour habiller Paul, ça va être plus beau d'un côté que de l'autre. Mais il faut mettre ces gens-là à la table, regarder ce qu'on peut faire pour offrir... Je suis du même avis que vous, on est là pour les patients, ACMDP, là, pour la qualité, l'organisation des soins puis, à la limite, là, pour offrir des services de qualité accessibles aux patients. C'est ça, notre mandat dans la loi. C'est de s'assurer que c'est fait de façon adéquate puis bien organisée.

Puis c'est souvent ce qu'on a sous-estimé parce qu'on n'est pas des gens qui vont publiquement faire part de nos responsabilités, mais on est là pour ça puis aider les gens qui travaillent dans l'établissement, médecins, dentistes et pharmaciens, bien actualiser ce rôle-là pour le mieux-être des patients. C'est clair.

Le Président (M. Merlini) : Voulez-vous commenter, M. le député de Lévis?

M. Paradis (Lévis) : Ah! mais, écoutez, vous avez dit aussi souvent, vous avez dit : Il faut se parler, il faut collaborer, il faut avancer. En même temps, vous comprenez le dilemme, hein? Je veux dire, ça fait un bout de temps qu'on dit qu'il faut se parler, mais les faits sont là, puis les chiffres sont là également.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec la deuxième opposition, le groupe de deuxième opposition. Maintenant, M. le député de Mercier, vous disposez d'un bloc de trois minutes. À vous la parole pour votre bloc d'échange.

M. Khadir : Excellent! Merci. D'abord, je veux vous remercier. Je veux saluer notre nouvelle collègue la députée de Verdun, qui se joint à la commission. Dr Arata, chers collègues, donc Mme Martineau, M. Pelletier, pour faire suite à l'intervention, à la réflexion de mon collègue de Lévis, vous connaissez ma position, qui est très critique habituellement, sur les projets de loi du gouvernement libéral. Je suis assez d'avis que, malheureusement, une série des réformes introduite, bien que les intentions soient bonnes étant donné le caractère, je dirais, bureaucratique de haut en bas, mal concertées, un peu improvisées, et précipitées, et sans une... disons, sans une cohérence entre les différents éléments risque de nuire plus aux patients que de le guérir. Donc, c'est un remède qui pourrait risquer de, disons, de rendre le malade plus malade, pour ne pas dire autre chose.

Cependant, si je comprends bien votre intervention, vous n'avez pas de problème avec l'imputabilité. Vous n'avez pas de problème avec le fait de, globalement, amener vos collègues à accepter qu'il y a, avec des privilèges, une série d'obligations centrées sur les besoins du patient. Vous dites que ceci est sans lien avec le mode de rémunération. Est-ce que c'est ce que j'ai entendu? Parce que je vous rappelle que, dans le briefing technique qui a été fait ce matin, je

n'y étais pas, mais j'ai vu le document, j'ai eu un compte-rendu, on cite l'exemple de Mayo, de la clinique Mayo, mais il faut rappeler que, dans la clinique Mayo, une chose... deux choses. D'abord, c'est une clinique sans but lucratif, ce n'est pas comme plusieurs des supercliniques que le gouvernement actuel veut mettre sur pied, qui vont être à but lucratif, premièrement. Deuxièmement, les médecins sont à salaire, rémunération à salaire fixe, enfin, fixe, mais modulée par rapport, j'imagine, à différentes dimensions, ce qui est très compatible avec une pratique moderne de la médecine tournée vers le patient, très efficace et réputée mondialement.

Avez-vous un problème si jamais une part de la rémunération était à salaire, comme d'ailleurs la Colombie-Britannique le pratique depuis 10 ans avec des résultats incroyables, comme l'Ontario est en train de l'envisager également pour plusieurs, je dirais, de ses services d'entrée dans le réseau?

Le Président (M. Merlini) : En 30 secondes, Dr Arata.

M. Arata (Martin) : Oui. Pour répondre efficacement à votre question, un, nous ne sommes malheureusement pas à établir les modes de rémunération au niveau des collègues. Donc, nous, ce qu'on va s'assurer, c'est qu'il y a une qualité de services offerts en bout de ligne. Donc, si cette qualité-là passe par une modification de la rémunération, ce sera une modification de la rémunération, si c'est une modification d'organisation, ce sera une modification d'organisation, mais ce qu'on recherche en bout de ligne, c'est la qualité des soins et services offerts à la population du Québec de façon accessible et pertinente. Le patient fait partie aussi de la solution de pertinence d'utilisation de soins et du réseau, tout comme les acteurs du réseau. Alors, moi, je pense, c'est de cette façon-là qu'on va continuer à bâtir un réseau efficace et de qualité pour la population du Québec.

Merci beaucoup.

Le Président (M. Merlini) : Merci, Dr Arata, Mme Josée Martineau et Dr Mario Pelletier, représentant l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec. Merci de votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends temporairement les travaux et j'invite les gens du Medec à venir prendre place à la table. Les travaux sont suspendus.

(Suspension de la séance à 17 h 39)

(Reprise à 17 h 43)

Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous reprenons donc nos travaux. Il nous fait plaisir d'accueillir les gens du Medec. Pour votre présentation, vous disposez d'un bloc de 10 minutes. Je vous demande de bien vouloir identifier les personnes qui vous accompagnent, et ensuite on procédera à la période d'échange avec les membres de la commission. Et la parole est à vous.

Les Sociétés canadiennes de technologies médicales (Medec)

M. Larose (Benoît) : Parfait. Merci beaucoup. Bonsoir à tous. M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les députés. Donc, je suis Benoît Larose, vice-président de Medec pour le Québec, et je suis accompagné ce soir de M. Jacques Milette, à ma droite, et de Pascal Couture, deux membres actifs du Comité Approvisionnement de notre association.

Donc, merci de nous accueillir ici, dans le cadre de l'étude d'un projet de loi aussi important pour le fonctionnement de notre gouvernement. Nous espérons que notre témoignage d'aujourd'hui pourra contribuer à vous faire avancer dans la bonne direction.

Alors, Medec est l'association de l'industrie canadienne des technologies médicales, les équipements, les fournitures, les instruments utilisés tous les jours dans le réseau hospitalier au Québec et au Canada. Assis devant vous, nous représentons quelque 150 entreprises actives au Canada. Au Québec, le secteur des technologies médicales regroupe plus de 6 200 emplois. Alors, évidemment, nos commentaires d'aujourd'hui porteront essentiellement sur les dispositions du projet de loi n° 130 qui concernent l'approvisionnement en technologies médicales, le sujet de préoccupation principal de nos membres.

De façon générale, nous appuyons la réforme de la gouvernance des groupes d'approvisionnement en commun telle que proposée dans le projet. Il faut rappeler que ces organismes occupent une place très importante au sein du réseau québécois de la santé. En effet, les 34 établissements de santé disposent aujourd'hui d'un budget d'environ 17 milliards de dollars, et, de ce montant, on estime que 4,1 milliards de dollars sont consacrés à des approvisionnements divers. Et, de ces montants, les trois groupes d'approvisionnement en commun négocient 37 % de ces achats, donc environ 1,5 milliard de dollars par année. Ces sommes sont donc considérables. Elles témoignent clairement de l'importance des trois groupes d'approvisionnement en commun présents dans le réseau, à savoir, SigmaSanté à Montréal, le Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est du Québec et celui de l'Ouest du Québec.

Nous soulignons depuis longtemps, comme association, que la mission, la gouvernance et la reddition de comptes de ces entités doivent être clarifiées et améliorées. Nous l'avons d'ailleurs fait dans le cadre de l'étude du projet de loi n° 108 sur l'Autorité des marchés publics. Nous saluons donc la reconnaissance par le gouvernement que la réforme de la gouvernance des groupes est aujourd'hui nécessaire et, en ce sens, nous appuyons sa volonté d'introduire une section particulière à la Loi sur les services de santé et les services sociaux à ce sujet.

Nous sommes également heureux de sentir la volonté de prendre enfin acte concrètement de l'existence de ces groupes et d'en faire des entités à part entière du système de santé québécois. Avec l'article 37, le ministre vient en effet se donner la capacité réelle d'agir sur le fonctionnement des groupes. Cela permettra notamment de mettre fin à ce que nous, on perçoit comme une gestion quelque peu ad hoc de l'approvisionnement en commun. Et, pour ces raisons, nous invitons les parlementaires à adopter le principe du projet de loi n° 130, notamment, du moins, dans ses dispositions qui touchent à l'approvisionnement.

Mais, cela étant dit, nous attirons l'attention de la commission sur un certain nombre d'améliorations et de clarification que nous jugeons nécessaires afin que le projet de loi livre tous les bénéfices que nous sommes tous en droit d'escompter. Nous reviendrons, en fin de présentation, sur l'ensemble de nos recommandations, mais, pour le moment, nous souhaitons vous proposer trois grandes priorités.

Premièrement, nous croyons nécessaire d'enchâsser dans la loi le principe de l'approvisionnement fondé sur la valeur. En effet, il nous importe de rappeler les limites de l'approche gouvernementale actuelle en matière d'approvisionnement. Celle-ci se base sur deux fondements essentiellement que nous estimons insatisfaisants, à savoir le prix plus bas conforme et le volume à tout prix. En effet, dans bien des cas, il y aurait des meilleurs choix fondés sur la valeur qui coûteraient moins cher au calcul final que ceux qui sont fondés uniquement sur le prix. Ce n'est pas juste en santé qu'on fait ce commentaire-là. On sait qu'en général au gouvernement, malheureusement, c'est l'approche qui est préconisée, et, en santé, ça nous apparaît encore plus important de changer. On prend, par exemple, le cas du maintien à domicile. Une technologie qui permettrait d'éviter une hospitalisation ou une réhospitalisation devrait normalement être considérée favorablement par l'acheteur, on devrait en tenir compte dans l'évaluation, certainement plus qu'une autre qui est peut-être moins chère à l'achat, mais qui ne permet pas de maintenir les patients à domicile. Au niveau de la qualité, combien d'appels d'offres, encore aujourd'hui, on voit, qui sont publiés, où il n'y a aucun facteur qualité qui est retenu dans le devis?

Concernant le volume, il faut se rappeler que faire consensus parmi des besoins parfois très différents entre les établissements et les cliniciens n'est pas facile puis n'est pas toujours désirable. À ce sujet, le simple fait que le gouvernement sente la nécessité d'introduire dans le projet de loi le pouvoir d'obliger un établissement à se joindre à l'approvisionnement en commun est, pour nous, un signal que la limite objective de l'achat de groupe est peut-être déjà atteinte. Qu'on s'entende bien, nous reconnaissons totalement la pertinence de l'objectif du gouvernement de faire des économies de volume lorsque cela est possible. Par contre, comme société, nous ne pouvons pas nous permettre de rester à la traîne des avancées de la science et de la médecine et, au final, payer plus cher parce que notre vision des approvisionnements est trop limitée.

Cette stratégie comporte aussi des désavantages en termes d'intégration aux nouvelles technologies dans le réseau, d'accès au marché, et notamment pour les PME, les PME québécoises innovantes, qui sont pourtant l'objet d'attention d'investissements significatifs par le bras économique du gouvernement et particulièrement en région.

La fonction approvisionnement est malheureusement trop souvent considérée comme accessoire ou secondaire, alors qu'elle peut et doit jouer un rôle stratégique pour assurer la meilleure qualité des soins possible, mais dans le respect des capacités financières de l'État, nous sommes d'accord. Nous recommandons donc au ministre de recadrer ses attentes quant à la possibilité de consolider davantage les achats de la technologie médicale au Québec et de miser plutôt sur des achats fondés sur la valeur.

Dans un deuxième temps, nous croyons nécessaire d'assujettir totalement les groupes d'approvisionnement en commun au cadre juridique et normatif du secteur public, en particulier aux fins de l'évaluation de leur performance et de la reddition de comptes. En effet, les groupes ne devraient pas bénéficier d'un statut ambigu leur permettant de s'afficher tantôt comme des organismes publics, tantôt comme des OBNL indépendants. Plus encore, nous croyons opportun d'indiquer spécifiquement, au nom de leur fonction et d'engagement, la nécessité d'agir en accord avec les principes de la Loi sur les contrats des organismes publics et aussi d'être inclus ou de suivre les principes des autres orientations des programmes gouvernementaux qui visent à soutenir les entreprises, comme, par exemple, le Passeport Entreprises. Il nous apparaît également requis d'indiquer dans leurs fonctions la nécessité de travailler en collaboration avec les fournisseurs et naturellement de travailler dans l'intérêt public.

• *(17 h 50)* •

Nous profitons de l'occasion pour souligner que l'évaluation de la performance des groupes doit impérativement se faire sur la base d'une méthodologie solide et de calculs rigoureux qui tiennent compte des cycles contractuels négociés et de la consommation réelle des établissements clients. Nous croyons qu'il y a une lacune à ce sujet-là.

Enfin, comme troisième grande priorité, puisque le ministre aura le pouvoir de déterminer les sources de financement des groupes d'approvisionnement en commun, nous souhaitons revenir sur les ristournes obligatoires imposées aux fournisseurs du secteur de la santé. En effet, certains contrats d'approvisionnement en technologie médicale sont frappés de l'obligation de verser une ristourne obligatoire, allant jusqu'à 12 % des ventes, pour certaines catégories de produits spécialisés, ce à quoi s'ajoute, à l'occasion, une ristourne de 1 % versée aux groupes.

On estime que le total de ces ristournes atteint près de 10 millions par année, sans aucune reddition de comptes à l'endroit du payeur des ristournes ni de la population, ce qui équivaut à une taxe sur les technologies médicales, à notre avis. Cette pratique inacceptable est non seulement contraire aux règles d'éthique en vigueur dans le marché, mais contraire aux orientations mêmes du Conseil du trésor.

Il ne s'agit pas ici de renoncer à mettre le secteur privé à la contribution pour le financement de projets de R&D ou de soutien clinique, mais il faut le faire selon des bases éthiques reconnues qui respectent le code de conduite de l'industrie, puis l'obligation de financer de telles activités n'est pas acceptable pour l'industrie. Donc, on estime que le gouvernement devrait mettre fin à cette pratique.

Et, avant de terminer, nous souhaitons vous présenter nos recommandations détaillées, à propos desquelles nous pourrons certainement échanger. Donc, adopter en principe le projet de loi; mettre en place des normes d'approvisionnement fondées sur la valeur; qualifier les pouvoirs du ministre de manière à ce que le recours aux appels d'offres provinciaux soit procédé à une analyse d'impact sectoriel et sur la concurrence; revoir l'article 10 du projet de loi en ajoutant la notion d'accès à l'innovation et d'interopérabilité avant d'imposer un actif informationnel spécifique à un établissement; préciser les objets complémentaires ou accessoires ajoutés par l'article 37 du projet de loi de manière à éviter les dédoublements ou les chevauchements; retirer les dispositions prévoyant que les groupes peuvent desservir d'autres types de personnes ou d'organismes pour éviter de leur imposer des défis supplémentaires et inutiles; enchâsser dans la loi le rôle crucial des groupes pour favoriser l'accès à l'innovation, la qualité des soins à la population et la valeur des approvisionnements pour le système de santé; préciser que les fonctions des groupes incluent la nécessité de travailler en collaboration avec les fournisseurs; rehausser l'imputabilité des groupes en assurant que les éléments exigés dans le rapport annuel de gestion soient pertinents et permettent réellement l'évaluation objective de leur performance; clarifier dans le projet de loi le statut d'organisme public des groupes en les assujettissant au cadre normatif général et aux lois applicables; et enfin préciser l'application de l'article 38 du projet de loi de manière à exclure les ristournes obligatoires exigées des fournisseurs.

Je vous remercie. Nous sommes maintenant prêts à prendre vos questions.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. Larose, pour votre exposé. Nous allons débuter la période d'échange avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. Vous disposez de 16 min 30 s. À vous la parole.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, M. Bellerose, M. Milette et M. Couture, bienvenue. Merci d'être venus. Évidemment, comme je l'ai dit au groupe précédent, j'ai constaté que vous étiez là, là, quand j'ai fait ces remarques-là, le projet de loi n° 130, ça touche plusieurs choses, mais elles sont toutes de nature organisationnelle. Et j'ai bien apprécié que vous avez souligné que les achats, ce n'est pas marginal dans le réseau, c'est quelque chose de très important en dollars, en volume et en impact pour la qualité des soins. Alors, merci de l'avoir mentionné. C'est très rare qu'on en parle.

Par contre, bon, vous n'êtes pas sans savoir que moi, je suis impliqué dans les achats de groupe depuis des années, là. Peut-être qu'avec certains d'entre vous j'ai déjà eu à faire affaire. Vous avez dit des choses qui m'ont surpris, par exemple. Vous, on comprendra que vous êtes du côté... vous êtes un client des regroupements d'achats, vous représentez l'entreprise.

M. Larose (Benoît) : Les fournisseurs du réseau.

M. Barrette : Bien, vous êtes un fournisseur, là, mais, peu importe le terme, là, vous fournissez les services... pas les services, le produit, je m'excuse.

Alors là, il y a des choses qui m'ont étonné beaucoup, beaucoup, beaucoup dans ce que vous avez dit, là. Puis peut-être qu'on pourrait prendre quelques minutes pour que vous preniez un exemple spécifique qui illustre vos commentaires parce que, quand vous parlez de valeurs, quand vous parlez de qualité, c'est comme si ces éléments-là, là, ce n'était pas dans le coeur des achats de groupe actuellement, alors que c'est exactement, pour moi, le contraire. J'aimerais ça que vous preniez un exemple sans nommer de compagnie, mais vous pouvez nommer un produit dans lequel vous avez eu à expérimenter des achats de groupe pour m'expliquer pourquoi la valeur n'est pas là parce que moi, je pense le contraire. Je ne vous suis pas là-dessus. Puis laissons l'informatique de côté parce que l'informatique, c'est une autre affaire.

M. Larose (Benoît) : Bien, merci de me donner cette occasion-là. Effectivement, moi, j'ai des appels très réguliers de la part de mes membres qui se plaignent que les appels d'offres de haute technologie sont publiés et où il y a zéro facteur qualité qui est exigé dans l'appel d'offres. Ça, ça veut dire que la règle qui va s'appliquer, c'est le prix plus bas conforme. Alors là, on va aller chercher des produits qui répondent aux besoins qui sont définis...

M. Barrette : Si vous me permettez de vous interrompre, avez-vous un exemple? Parce que, moi, les appels d'offres que je fais, à moins que ce soit pour des crayons, puis mettons des crayons de haute technologie, là, pour lesquels le côté qualité, dans l'absolu, là, n'est pas nécessairement là au sens où peut-être vous l'entendez ou moi, je l'entends, mais, moi, dans mon expérience, la qualité est toujours là, là. Les achats de groupe, là, il y a une portion qui est le prix, et il y a toujours une portion qualité là où ça s'applique, et la portion qualité donne un score qui n'est pas négligeable.

Si vous me permettez, là, je vais peut-être illustrer la chose, là, pour qu'on soit bien clair. Des lentilles, O.K., pour la cataracte, ces lentilles-là, je comprends que ce n'est pas un ordinateur, là, mais il y a un côté technologique là-dedans. C'est un produit qui est utilisé pour donner des soins. Il y a des appels d'offres qui se font, et il y a volet qualité. La qualité pas simplement pour le patient, mais la qualité même opérationnelle de la lentille est dans les critères. Et il y a un score, et ce score-là participe au score global. C'est l'addition d'un score qualité et d'un score de prix pour avoir une résultante totale qui permet de sélectionner quelqu'un. Alors, quand vous me dites que la qualité n'est pas là, je suis bien, bien, bien étonné.

On fait des appels d'offres de prothèses de hanches, de genoux, bien, il y a un élément qualité, et l'élément qualité s'illustre par la continuité dans le milieu orthopédique du Québec, la démonstration dans la littérature que telle prothèse est bonne ou non. C'est là que ça donne un score qui s'additionne au score du prix. Quand vous nous dites que la qualité n'est pas là et que c'est le plus bas prix qui compte, comme des crayons, là, je ne suis pas sûr qu'on est dans le même univers, là.

M. Larose (Benoît) : Peut-être que mes collègues voudront compléter, mais ce que vous décrivez comme processus d'évaluation de la qualité ou, enfin, de factorisation de la qualité dans l'évaluation, si c'était la norme, on serait très heureux. C'est le facteur K qui est prévu au règlement de la Loi sur les contrats. Mais malheureusement ce n'est pas la norme.

Je peux vous dire... puis peut-être que dans votre pratique, puis dans votre champ, votre domaine médecine, vous avez eu l'occasion de travailler dans des dossiers où le facteur de qualité était utilisé, mais je peux vous dire, M. le ministre, que ce n'est pas la norme dans d'autres spécialités médicales. Ce matin encore, dans un équipement de laboratoire, on attire mon attention sur le fait qu'il n'y a pas de facteur qualité prévu au devis. Autrement dit, on dit aux fournisseurs : Voici nos spécifications minimales que vous devez rencontrer pour être qualifiés, mais il y a zéro ajustement pour la qualité. Donc, on cherche à avoir le prix...

M. Barrette : On s'entend que ce que vous dites n'est pas uniforme, là. Il y en a, de la qualité, là, lorsque ça s'applique. Et là vous prenez en exemple qui est un exemple que je qualifierais de mécanique. Alors là, si vous me dites qu'un analyseur en laboratoire, on a besoin d'y introduire un facteur de qualité, je vais vous dire que vous avez raison. Mais le facteur de qualité ne s'exprime pas dans un appel d'offres de la même manière qu'une prothèse de hanche. Alors, c'est pour ça que ça m'étonne, là, ce que vous me dites. Ce que vous me dites, là, moi, là, qualité, là, pour un analyseur en biochimie, en... bon, malheureusement, en fait je ne peux pas dire, là, mais un analyseur en biochimie, là, dites-moi comment vous voudriez qu'on introduise un facteur qualité.

M. Larose (Benoît) : Écoutez, on pourrait multiplier les exemples à l'infini, mais la qualité, là, c'est les résultats cliniques en bout de ligne. Est-ce que... Non, mais la réalité, c'est ça. C'est qu'aujourd'hui on va au marché en disant : Voici, les critères minimaux pour être retenu comme soumissionnaire conforme, O.K.? Mais, s'il y a des fournisseurs qui ont des solutions qui sont plus performantes qui permettent une meilleure efficience, par exemple, dans le parcours de soins du patient, le patient peut rester hospitalisé moins longtemps, par exemple, bien, si ce n'est pas prévu au devis, on ne va attribuer aucune valeur à ce bénéfice-là.

• *(18 heures)* •

M. Barrette : ...votre exemple, c'est parce que l'exemple que vous me donnez, là, c'est un exemple qui a certainement sa pertinence dans certains cas, mais qui n'est pas nécessairement lié à l'analyseur comme tel, là, hein? Et, si vous me dites que ça va améliorer son parcours de soins... et c'est là où je veux en venir dans mon intervention, M. Larose, c'est vraiment là. Quand vous me mentionnez... Quand vous parlez du mot «valeur», O.K., moi, ce qui résonne dans mon esprit, dans mon expérience, c'est une série d'éléments très mous, en termes de données, qui viennent rendre difficile un choix ou qui viennent rendre plus facile une influence positive pour le fournisseur.

Je vais prendre l'exemple que vous m'avez donné dans votre introduction, la réhospitalisation. S'il y a une donnée molle, c'est bien celle-là parce qu'elle est dépendante de toutes sortes de choses qui viennent de l'industrie. Puis c'est une donnée qui existe, mais qui n'est pas dure, dure, dure, comme ça là.

Alors, quand vous me dites que, dans notre façon de faire actuellement, il n'y a pas de qualité comme critère, pas sûr que c'est mur à mur, là, cette affaire-là. Et la qualité que vous recherchez, je ne suis pas sûr qu'elle est utilisable non plus, là. Alors, c'est pour ça que je vous demande un peu d'éclaircir, par des cas de figure, ce que vous voulez dire.

Puis, si vous me permettez, là, je vais aller à l'autre extrême. J'ai pris l'exemple d'une prothèse de hanche. Une salle coronarographie en cardiologie, on dilate les artères, là, bien, il y a un facteur qualité. Et le facteur qualité, là, c'est la facilité pour le cardiologue d'utilisation, le confort du patient, parce que je peux vous dire qu'il y a des tables sur lesquels les patients sont couchés qui ne sont pas confortables, puis il y en a qui sont plus confortables, la qualité de l'image, la qualité de ci, la qualité de ça, ces éléments-là sont là et sont purement qualitatifs. L'ergonomie, je pourrais vous en nommer, là, une dizaine, mais il n'y a pas lieu, puis je regarde l'horloge, puis elle passe trop vite, là, le temps passe trop vite. Mais il y a des éléments de qualité.

J'ai de la misère à cerner, là, la base sur laquelle vous affirmez que la qualité n'est pas là, puis il faudrait qu'elle soit là parce que vous dites «valeur». «Valeur», pour vous, là, je vous le dis tout de suite, ça ne fait pas sonner la même cloche dans mon esprit que dans le vôtre.

M. Larose (Benoît) : C'est la valeur pour le client qui nous importe. Mais malheureusement, je peux vous le dire, là, basé sur l'expérience, sur les témoignages de mon membership dans le quotidien, cette approche que vous décrivez, qui est tout à fait raisonnable, là, puis qu'on aimerait voir se multiplier, ce n'est pas la façon de faire, aujourd'hui, la plus courante parce que c'est vrai que c'est complexe. Ça dépend de chaque catégorie de produits puis ça demande un effort. Puis d'ailleurs c'est pour ça qu'on propose au ministère et au groupe des approches, des outils d'évaluation qui peuvent être utilisés dans le contexte d'appel d'offres public, comme on voit en Europe. On a plein d'exemples aujourd'hui. C'est une approche qui ne serait pas juste valide pour le Québec, là. On voit ça en Europe.

M. Barrette : Si vous me le permettez, encore une fois, c'est terrible, notre rencontre, parce qu'on n'a tellement pas de temps, c'est vraiment... je suis bien désolé de ça. Sauf que, dans mon expérience, on a parmi les prix les plus bas au monde, là, pour des qualités comparables.

M. Larose (Benoît) : Puis, moi, dans mon expérience, on me dit qu'il y a des produits qui ne sont pas disponibles au Québec parce qu'on sait que ce n'est pas un marché qui va reconnaître la valeur des technologies, malheureusement. Je suis désolé.

M. Barrette : La valeur, ça, c'est... C'est parce que, là, la valeur, c'est la valeur perçue par le fournisseur, qui n'est pas nécessairement la valeur réelle sur le terrain. Ça, je l'ai expérimenté bien souvent. Mais ce n'est pas une critique, là, que je fais là, c'est juste un commentaire.

Juste pour... parce qu'il nous reste à peu près six minutes, là. Il vous absolument qu'on aborde deux autres éléments, trois, même. Vous me dites, là, que... vous critiquez l'obligation, pour des hôpitaux... puis vous ne voyez pas l'utilité à participer à un achat de groupe.

Je peux vous dire tout de suite la raison pour laquelle c'est comme ça. Je vais vous la dire dret de même, là. C'est parce qu'en général dans l'expérience les hôpitaux veulent choisir un fournisseur et se retrouvent dans toutes sortes d'ententes qui amènent justement les ristournes, que vous n'aimez, et autres avantages. C'est toujours comme ça. Quand un hôpital ne veut pas se joindre à un appel d'offres, c'est parce que quelqu'un dans l'hôpital, tout le temps, 100 % des cas, cible un produit ou un fournisseur d'un produit. Et ça, là, c'est contraire aux principes de la saine gestion, je vais dire. C'est certainement le contraire aux principes de la mécanique d'aller chercher le meilleur prix pour la valeur que vous revendiquez.

Alors, l'obligation d'aller dans un achat de groupe, là, est pour ça. Et là dites-moi que vous, dans votre monde, là, vous ne voyez pas des fournisseurs tout faire pour passer à côté de l'achat de groupe pour rentrer dans une institution parce qu'il y a un avantage.

M. Larose (Benoît) : En fait, ce qu'on dit, c'est que vous avez... les établissements sont déjà obligés de participer aux achats de groupe. C'est déjà dans le LSSSS, la Loi sur la santé et services sociaux. C'est par voie de circulaire. Ils ont l'obligation... puis il y a déjà des conséquences s'ils ne le font pas. Et là on s'aperçoit dans le projet de loi n° 130 qu'en plus il va y avoir un autre article... Puis je comprends puis je vous le répète, on ne s'oppose à au principe des achats de groupe au Québec. Ce n'est pas ça, l'enjeu ici. L'enjeu, c'est qu'on pense qu'il y a une limite à vouloir toujours regrouper les volumes pour aller chercher des meilleurs prix.

Il y a des effets pervers à ça, puis on vous dit : Il y a d'autres manières d'aller au marché qui sont plus productives, qui sont plus constructives, qui vont permettre, vous permettre, permettre à tout le monde d'avoir accès à des meilleures technologies qui ne coûteront pas nécessairement plus cher, mais qui vont certainement faire économiser en efficience puis en résultats de soins. La consolidation des volumes, ce n'est pas la seule stratégie à adopter.

M. Barrette : Vous comprenez que de la manière que vous le présentez, là, c'est une critique sur la base de l'accès aux marchés et non de la valeur. Ce que vous critiquez, là, c'est que certains de vos fournisseurs, de vos membres, se plaignent de ne pas avoir accès aux marchés.

Nous, quand on fait des achats de groupe, on ne les fait pas pour le Québec au complet, la plupart du temps. On les fait par vagues ou on les fait par sous-groupes. Alors, un fournisseur qui ne réussit pas à rentrer dans un appel d'offres, à gagner un appel d'offres, en général, il sait très bien que, pas longtemps après, il va y en avoir un autre à peu près pareil. Et là ils vont pouvoir soumissionner et organiser leurs flûtes pour qu'ils gagnent la soumission. Ce n'est pas vrai de dire qu'on fait un appel d'offres pour tout le Québec pour un produit donné une fois puis on ne le fera plus pendant 10 ans, alors que ce que l'on fait, c'est précisément pour aller dans votre sens, en ce sens qu'on ne veut pas non plus se faire piéger par des circonstances, parce qu'il y a des gens, hein, qui font du dumping, ça existe, on a vu ça, peu importe le produit. Alors on fait des vagues, on fait des groupes, un autre groupe avec le même produit de façon à ce qu'il y ait toujours de la compétition.

Mais, si le fournisseur auquel vous faites référence, je ne veux pas que vous nommiez personne, qui se plaint qu'il ne rentre pas parce que sa valeur présumée, la sienne, elle n'est pas appréciée à juste titre, c'est peut-être qu'elle n'est pas démontrable parce que, nous, là... Moi, il faudrait que vous nous donniez des exemples. Moi, je suis bien d'accord à ce qu'on me fasse la démonstration. Je suis d'accord avec vous que ça ne doit pas être le prix le plus bas. J'ai toujours été 1 000 % d'accord avec ça, pas 100 %, 1 000 %. Mais encore faut-il que la valeur de l'autre, qui est plus cher, soit démontrée. Dans mon expérience, là, ça fait, encore une fois, des années que je fais ça, en général, celui qui dit — en général, je ne dis pas tout le temps, là — qu'il y a une plus-value, là, bien, elle peut être vraie, je vous le concède, mais il ne baisse pas son prix. Alors, on se retrouve avec le mieux, qui est l'ennemi du bien.

M. Larose (Benoît) : M. le ministre, si vous donnez comme ordre de marche aux groupes d'approvisionnement en commun d'aller chercher des économies mesurées strictement en termes de différence de prix, vous allez... non mais il y a quand même des... ils ont eu des exigences budgétaires à rencontrer à cet effet-là. Alors, si c'est ça, l'objectif, c'est ça qu'ils vont faire.

Nous, on vous dit : Vous avez l'occasion avec le projet de loi, maintenant que vous allez avoir un ascendant assez important sur leur destinée, vous allez pouvoir leur donner les bons objectifs, puis on vous demande de faire plus de place à la qualité, de faire plus de place à la valeur pour les patients dans les projets d'appel d'offres. Et, si vous nous assurez que l'objectif, ce n'est pas de concentrer le marché québécois en un seul donneur d'ordres sur des projets provinciaux, ça nous fait grandement plaisir parce que, oui, on pense que la concurrence fait partie de la solution. Puis nos membres préfèrent de loin avoir l'occasion de gagner des appels d'offres plus régionaux, mais de pouvoir gagner pour les bonnes raisons puis de pouvoir rester dans le marché année après année.

M. Barrette : Je vais vous dire une chose, je peux l'affirmer ici, là, ça ne peut pas, dans la majorité des cas, pas dans tous les cas... je caricature, là, mais on comprend-u qu'un crayon à mine c'est un crayon à mine, là? Je caricature. Mais je peux vous assurer que ça ne peut pas, dans la majorité des cas, n'être que sur le prix. Il doit toujours y avoir un

élément qui traite, d'une manière ou d'une autre de la qualité, je suis d'accord avec vous. Mais, à l'inverse, la plus-value présumée d'un fournisseur peut parfois être telle que le fournisseur refuse de baisser son prix et va sortir en critiquant le fait qu'il ne rentre pas.

Les ristournes, peut-être juste un commentaire, il ne me reste pas beaucoup de temps, là...

Le Président (M. Merlini) : Une vingtaine de secondes.

• *(18 h 10)* •

M. Barrette : Bien, peut-être que ma collègue va vouloir que vous continuiez la réponse. Des ristournes, ce n'est pas parce qu'on veut des ristournes. Des ristournes, c'est parce qu'à un moment donné dans certains environnements, surtout universitaires... ont été historiquement... faisaient de la recherche et développement, ont été historiquement dépendants de ça. Et les abolir, dans certains milieux, aurait pu avoir des conséquences institutionnelles encore plus grandes que les abolir complètement. Et vous avez remarqué qu'il n'y en a pas partout, des ristournes, seulement dans des endroits spécifiques. Et qu'en pensez-vous? Est-ce que là aussi, dans ces endroits spécifiques là, vous êtes d'avis qu'il faut les faire disparaître? (Panne de son) ...centres de recherche ferment, là.

M. Larose (Benoît) : Non, non. Comme on l'explique dans notre mémoire, nous, on pense que c'est correct que l'industrie puisse être mise à contribution dans des projets de recherche et développement puis de soutien clinique. C'est juste qu'il faut que ça se fasse selon les règles d'éthique en vigueur. Mais l'industrie a un code de conduite. Les entreprises américaines qui font affaire au Canada doivent respecter les lois, disons, américaines sur ce qu'on appelle le Foreign Corrupt Practices Act. Et ce genre de ristournes là, obligatoires, pour obtenir un marché, en fait, on n'a pas le choix de payer la ristourne si on veut être qualifié, bien, c'est perçu comme... bien, ce n'est pas perçu positivement, disons. Peut-être que Jacques pourrait ajouter.

M. Milette (Jacques) : Oui, oui. D'ailleurs... Bonjour. D'ailleurs, c'est un problème qui nous revient continuellement quand on est obligé de signaler. Et nous, nous sommes obligés de signaler très, très, très clairement que, s'il y a ristourne, il faut le marquer dans la réponse, O.K., parce que c'est un montant qui est considéré comme non conforme par les compagnies parce que ce n'est pas nécessaire. Qu'on le mette en option, ou en plus-value, ou quelque chose du genre, d'accord, mais que ça fasse partie de l'évaluation, ce n'est pas conforme. Alors, c'est un problème qu'on vit, qu'on a, la majeure partie des membres. Je ne peux pas parler pour tous les membres parce qu'il y en a 150, là, je ne les connais pas tous, mais ça devient un problème et c'est perçu comme pas un don, mais quelque chose pour acheter la business, puis ce n'est pas ça qu'on veut faire.

Le Président (M. Merlini) : Merci. Ça met un terme avec... l'échange avec le ministre. Maintenant, la députée de l'opposition officielle, Mme la députée de Taillon, vous avez 9 min 54 s pour votre bloc d'échange.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Bienvenue, M. Larose, M. Milette, M. Couture. Merci pour votre mémoire et pour votre présentation. Effectivement, moi, je pense qu'on a vu... vous faites référence, là, si on prend... en fait, l'élément le plus significatif de vos recommandations, c'est l'article 10 avec l'alinéa b où vous dites : On devrait, à la notion qui est dans... aux critères qui sont dans le projet de loi, qui sont la qualité, l'efficience et la performance du système québécois, tenir compte, ajouter la notion d'accès à l'innovation et d'interopérabilité. Et je vais reprendre le même exemple que le ministre a pris, mais... par exemple des lentilles de remplacement de cristallins pour des cataractes, il y a des différences. Il y en a parce qu'il y en a qui se vendent à 500 $ et d'autres qui se vendent à 300 $. Et, à un moment donné cette, technologie-là, qui peut avoir l'air très avant-gardiste à un moment donné, devient la norme et devient le standard. Et je pense qu'il faut comprendre, il faut avoir la souplesse, dans les appels d'offres, pour tenir compte de ça. Et je pense qu'aussi il y a des économies. Si, avec cette technologie-là, on réussit à faire 10 interventions dans une matinée au lieu d'en faire trois, bien, c'est sûr que l'ensemble du système de santé est gagnant. On parle d'efficience, mais, je vais vous dire, dans le projet de loi, qualité, efficience et performance, ça ne semble pas plus précis, plus objectif, plus quantifiable que les aspects que vous avez proposés.

J'étais présidente de l'Ordre des pharmaciens, j'ai vécu des pénuries importantes au niveau des médicaments et je vous avoue que je suis assez intéressée par vos notions d'accès à l'innovation, mais l'accès tout court, la garantie d'accès. Si vous vendez une technologie qui a besoin de tubulures, la garantie qu'on n'aura pas de rupture d'approvisionnement dans ces tubulures-là, pour moi, ça vaut quelque chose aussi. Et ça, ça nécessite souvent des sources d'approvisionnement multiples de votre côté ou un inventaire plus grand que vous stockez, les services après-vente, donc de la rapidité de venir réagir et réparer des fournitures.

Récemment dans un hôpital où je vais souvent, là, la machine à glace, je ne sais pas si vous fournissez aussi ces appareils-là, mais était défectueuse pendant une semaine. Ça faisait un bruit infernal. Finalement, quand les gens sont venus, elle était complètement brisée, mais ça a pris une semaine avant que les gens viennent. Peut-être que s'ils étaient venus plus vite... Alors, il y a des enjeux quand même qui s'ajoutent, et donc est-ce que... comment vous... la façon de vous donner cet avantage-là quand on paie plus, c'est souvent une garantie de services, c'est là, et des pénalités si on ne respecte pas nos engagements. Est-ce que ça, vous voyez que ça pourrait se substituer aux ristournes? Parce que moi, j'aime mieux dire : Je vais sanctionner, si la personne ne fournit pas les services qu'elle m'a promis de me servir, que de lui dire : Je vais te redonner une ristourne pour avoir la clientèle. Et je peux vous dire que, d'emblée, je reconnais tout à fait le malaise que vous avez avec le mot «ristourne» et l'attribution des ristournes. Je pense que c'est révolu, cette période-là, et c'est très sain pour l'ensemble de l'économie planétaire qu'on ait des règles beaucoup plus transparentes et beaucoup plus

claires. Maintenant, il faut en avoir pour notre argent, et donc une des façons de faire, c'est souvent aussi de dire : Bien, écoutez, là, si vous ne respectez pas vos engagements, ce n'est pas juste que vous n'aurez pas accès facilement aux contrats la prochaine fois, qui est dans trois ans, mais vous allez avoir à absorber des contrecoups de tout ça en cours de route. Est-ce que vous avez une ouverture pour ça?

M. Larose (Benoît) : Bien, notre secteur est habitué de travailler dans le contexte de contrats de services puis, disons, d'obligation de résultat. Ce n'est vraiment pas un problème. L'important, c'est que dans le contrat on doit valoriser la capacité d'un fournisseur à assurer cette garantie-là. Puis, quand qu'on va avec une règle aussi simple que prix plus bas conforme puis qu'on n'a pas un devis qui est très, très solide au niveau, justement, de la qualité, bien, on peut se retrouver avec un fournisseur marginal qui obtient sa part de marché, qui n'est peut-être pas toujours habitué d'avoir des gros volumes, mais là, subitement, qui doit desservir, disons, une base de clientèle importante puis qui pourra avoir des difficultés à y faire face.

Donc, pour nous, c'est important, puis, en fait, ce que vous dites, c'est notre réalité du quotidien. C'est que les entreprises qui s'organisent pour rendre un service à un niveau x, bien, ne sont pas toujours en mesure de... en fait, sont souvent désavantagées dans notre système d'appel d'offres. C'est un peu le problème, en fait. Donc, on décourage ces entreprises-là, qui sont obligées de mettre à pied, quand qu'ils perdent un contrat, leur équipe de services. Puis là, bien, il y a comme une roue un peu négative qui s'engage.

Donc, nous, on dit : Il y a moyen de faire mieux. Il faut sortir de cette vision-là, là, que c'est juste une question de volume puis de prix. C'est plus complexe que ça. Mais ça vaut la peine de le faire parce que la technologie avance vite. Puis, si on continue comme ça, bien, on va toujours avoir des technologies à la traîne. On peut faire un effort dans certaines catégories. Je ne nie pas que, dans certaines catégories d'équipements, on réussit à rester à l'avant-scène, mais ce n'est pas du tout le signal que j'ai du côté de l'offre de technologie. Le Québec et le Canada en général, mais le Québec en particulier n'est pas un marché qui est très attrayant pour l'innovation, hélas.

M. Milette (Jacques) : Si je peux me permettre, pour rajouter à la réponse de Benoît, effectivement, il y a des... Je suis d'accord avec votre point, à savoir, oui, est-ce qu'on pourrait exiger des pénalités si vous ne respectez pas un certain délai des réparations ou quoi que ce soit. Sachez que dans la plupart des cas, dans les contrats de services, ça existe. Les clauses sont là. C'est même demandé dans les devis des soumissions. Évidemment, les compagnies sont un petit peu gênées de pouvoir participer à ça parce qu'il y a une certaine valeur ou un certain montant d'argent qui doit être mis de côté pour ça, mais ça existe. Et, oui, je préfère ça à des ristournes parce que des ristournes, ce n'est pas... on ne joue pas la même partie ici, là, O.K.? Alors, ça, ça existe, mais sachez aussi qu'il y a plusieurs hôpitaux qui ne prennent pas de contrat de services. Alors, qu'est-ce qui arrive après la garantie? C'est que, là, vous êtes pris à dire : Oui, je vais aller réparer ton équipement, mais j'ai besoin d'un bon de commande pour aller réparer ton équipement. Et ça, c'est coûteux, O.K.? Alors, il faut faire attention des fois, là, il faut regarder la balance égale.

Mme Lamarre : ...parlait juste de la disponibilité des fournitures, par exemple, complémentaires à un équipement. On s'entend que vous seriez ouverts à ce qu'il y ait des pénalités concrètes, écrites, prévues, avec des échéanciers si les fournitures n'arrivent pas, par exemple, dans un délai raisonnable, là, de trois jours ou peu importe, là, selon l'importance de la fourniture.

M. Milette (Jacques) : ...de fournitures de répondre.

M. Couture (Pascal) : Je crois qu'en effet il n'y aurait aucun problème avec ça.

Mme Lamarre : Est-ce qu'il y en a actuellement dans un grand nombre de vos contrats, de ce genre de pénalités là? • *(18 h 20)* •

M. Couture (Pascal) : Je ne l'ai jamais vu comme ça. Ce que les compagnies font, si je me fie à mon domaine, à mon milieu, ce que les compagnies font si jamais les tubulures, les dispositifs ne sont plus disponibles, bien, elles vont offrir, dans le fond, un autre équipement qui va avoir une durée de vie suffisamment longue avec les dispositifs pour terminer la durée du contrat.

Mme Lamarre : D'accord. J'ai une autre question parce que vous êtes dans le domaine des affaires, vous êtes quelque part, dans cette association, Medec, des collaborateurs, mais, dans d'autres vies, vous êtes aussi un petit peu en concurrence, j'imagine, les uns avec les autres. Au niveau d'un conseil d'administration d'un CISSS ou d'un CIUSSS, est-ce que vous aimeriez ça voir un de vous trois qui serait président d'une CIUSSS ou d'un CISSS et qui aurait éventuellement à faire les choix des fournitures ou de différents achats?

M. Larose (Benoît) : Bien, a priori, je ne sais si ça rencontrerait les tests de bonne gouvernance. En termes de... Bien, peut-être. Il faudrait voir, s'assurer qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts, là. Mais, si la question, c'est : Est-ce que c'est une bonne idée d'avoir des gens issus du milieu des affaires dans les conseils d'administration des CISSS et des CIUSSS, évidemment, je pense que les gens du monde des affaires peuvent contribuer très positivement à leur communauté. Mais évidemment...

M. Milette (Jacques) : Oui, s'il n'y a pas de conflit d'intérêts...

M. Larose (Benoît) : S'il n'y a pas de conflit d'intérêts.

M. Milette (Jacques) : S'il n'y a pas de conflit d'intérêts. Mais moi, je vous dirais plus : Au lieu d'être sur un conseil d'administration, utilisez-nous comme consultants. On a une expérience quand même assez intéressante non pas seulement au Québec, mais au Canada. On a une très bonne connaissance de ce qui se passe à travers le monde aussi, dépendamment, évidemment, de la grosseur des compagnies. Si on parle de PME, c'est une autre chose, mais, si on parle des grosses multinationales comme la mienne, c'est une expertise qu'on peut vous apporter.

Mme Lamarre : ...je trouve que vous placez très bien votre lieu d'intervention. Je pense qu'il y a des limites à ce qu'on puisse être à la fois responsable de l'acquisition des fournitures ou de médicaments et être en position d'administrateur pour des conseils d'administration d'organisations qui représentent plus de 1 milliard de dollars parfois en termes d'achats et de transactions. Alors, je vous remercie.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. Ça met un terme à l'échange avec l'opposition officielle. Maintenant, avec le deuxième groupe d'opposition. M. le député de Lévis, vous disposez de 6 min 36 s.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. M. Larose, M. Milette, M. Couture, bonjour.

La notion du meilleur choix fondé sur la valeur, c'est intéressant. On en a beaucoup parlé. D'ailleurs, vous l'aviez, et vous me corrigerez, là, de mémoire, vous l'aviez déjà exposé, ce n'est pas la première fois, dans l'audition concernant la loi n° 81, où vous étiez arrivé avec ces notions-là également. Je me rappelle du discours. Il faut comprendre que vous êtes encore à vous dire : On n'a pas fait de chemin là-dessus. Et vous direz, relativement à ça... vous dites qu'il y a des effets pervers à participer au... Corrigez-moi, là, j'ai pris en note rapidement, là, ce que vous avez dit. Vous avez dit : Il y a des effets pervers à participer aux achats de groupe. Il peut y avoir des effets négatifs, autrement dit, à participer. Donnez-moi un exemple. Qu'est-ce que vous entendez comme effets... Expliquez-moi.

M. Larose (Benoît) : Des effets négatifs à participer aux achats de groupe. En fait, ce qu'on essayait d'expliquer, c'est que, parfois, les achats de groupe, surtout les achats de groupe de grande envergure, font en sorte que c'est vraiment tout ou rien. Le fournisseur va soumissionner pour un marché pendant cinq ans plus les options et à des conditions, des fois, qui sont assez difficiles parce qu'on va souvent choisir le prix plus bas conforme. Et ça, bien, le gagnant peut bien s'en sortir, mais on va tuer le marché parce que les autres fournisseurs ne pourront pas être... vont disparaître.

Alors, pour une PME au Québec, parce que ça arrive que des PME puissent être, disons, soumissionnaires qualifiés, là, pour des appels d'offres d'envergure, bien, vous pouvez imaginer que les impacts peuvent être assez importants, même pour une multinationale qui a une équipe de services au Québec, qui va être obligée, disons, de s'en passer pendant quelques années puis peut-être ne plus avoir le goût de revenir sur le marché éventuellement.

M. Paradis (Lévis) : Ça, on le mentionne fréquemment, cette possibilité-là, cet effet négatif là, notamment. Vous avez des membres, vous avez dit tout à l'heure 150. Cet effet-là, ce retrait du marché d'un fournisseur parce que n'ayant pas pu obtenir, par exemple, sa place sur un contrat qui durera pendant de nombreuses années avant que ça revienne, vous le vivez à travers ceux et celles que vous représentez?

M. Larose (Benoît) : Dans les catégories de produits où il y a une dimension services importante, tout à fait. En cardiologie, j'ai plusieurs membres qui m'ont rapporté avoir dû réduire leur équipe au Québec d'une manière importante à cause de la manière que le marché a été attribué.

Vous savez, le Québec, c'est 2 %... c'est 1,5 %, en fait, du marché mondial. Donc, ça ne donne pas beaucoup envie aux entreprises, disons, de se dépasser pour être... tu sais, pour être très présents ici quand c'est un marché difficile. Alors, il faut être conscient de ça. Cependant, on a beaucoup de belles PME, au Québec, qui réussissent à développer des superbelles choses, et leur premier marché, bien, c'est rarement ici, c'est même le plus souvent à l'extérieur en premier parce que c'est plus facile de rentrer dans des contrats aux États-Unis ou en Europe.

M. Paradis (Lévis) : Vous me permettrez, avant de compléter, d'aborder votre recommandation 6 parce que vous dites... en fait, vous ne voulez pas que les groupes d'achats puissent desservir d'autres types de personne et d'organisme, mais là, bien... et je vous lis : «Retirer les dispositions de l'article 435 prévoyant que les groupes d'achats en commun puissent desservir d'autres types de personne et d'organisme pour éviter de leur imposer des défis supplémentaires et inutiles.» Est-ce que je dois comprendre et décoder... vous ne voulez pas que les GAC élargissent leur champ d'action?

M. Larose (Benoît) : En fait, ce n'était pas très clair dans le projet de loi, on aimerait bien se faire confirmer ça, mais nous, on comprend qu'on pourrait vouloir élargir le mandat, effectivement, par exemple à des cliniques privées ou à d'autres genres d'organisme dans le secteur de la santé, alors que servir, bien les servir, les 34 CISSS et CIUSSS au Québec, en soi, c'est déjà un contrat à temps plein. Donc, on imagine mal pourquoi on voudrait... en tout cas, dans le secteur médical. Maintenant, si c'est pour des services ou d'autres catégories d'approvisionnement, ça pourrait être justifié, mais, dans notre secteur dès qu'on parle de technologies médicales, on préférerait de loin que les groupes soient centrés sur les besoins du réseau de la santé, des CISSS.

M. Paradis (Lévis) : ...là, sur le plan strictement commercial, là. S'il y a des besoins et de l'argent à faire là, ce n'est pas attirant que d'aller chercher des marchés?

M. Larose (Benoît) : Bien, les petits marchés... ces marchés-là sont déjà accessibles, mais pas par les groupes d'approvisionnements en commun.

M. Paradis (Lévis) : Merci.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député de Lévis. Alors, M. Benoît Larose, M. Jacques Milette, M. Pascal Couture, représentant le Medec, merci de votre présence et de votre patience pour avoir contribué aux travaux de la commission.

Compte tenu de l'heure, je suspends donc les travaux de la commission jusqu'à 19 h 30. Merci.

(Suspension de la séance à 18 h 28)

(Reprise à 19 h 34)

Le Président (M. Merlini) : Alors, bonsoir! À l'ordre, s'il vous plaît! Oui, nous reprenons donc nos travaux. Je demande à toutes les personnes dans le salon rouge de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Alors, nous allons poursuivre les auditions publiques dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n° 130, Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux.

Ce soir, nous avons le plaisir de recevoir le Collège des médecins du Québec ainsi que le Regroupement provincial des comités des usagers, que j'accueille à l'instant. Messieurs, bonsoir et bienvenue à la commission. Vous disposez d'un temps de 10 minutes pour votre exposé. On vous invite évidemment à vous présenter et ensuite on procède à l'échange avec les membres de la commission. À vous la parole.

Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

M. Ménard (Claude) : M. le Président, M. le ministre, membres de la commission, c'est un plaisir, au nom du Regroupement provincial des comités des usagers, de venir vous présenter, là, la position du regroupement face au projet de loi n° 130. Je suis Claude Ménard, président du Regroupement provincial des comités des usagers, et je suis accompagné du directeur général, M. Pierre Blain.

Le projet de loi n° 130 peut sembler anodin ou technique à première vue pour un lecteur non averti. Pourtant, la vérité est tout autre. Le RPCU, le principal groupe de représentants des usagers du réseau de la santé et des services sociaux, considère le projet de loi n° 130 comme une avancée importante, car il ouvre la porte à un meilleur accès aux services en donnant aux conseils d'administration des établissements les moyens qu'ils n'ont jamais eus pour une meilleure gestion. C'est pourquoi le RPCU accorde son appui au projet de loi n° 130 et aux objectifs qu'il vise. Le RPCU n'a qu'un seul intérêt : défendre les usagers, représenter les comités, et ce projet de loi le permettra.

Toutefois, le RPCU met immédiatement en garde le ministre, car ces changements, qui seront mis en place par les établissements, demanderont de la souplesse et du doigté. Il faudra que les conseils d'administration des établissements et leurs P.D.G. comprennent que ce n'est pas en imposant des mesures qu'elles deviendront automatiquement acceptées. Il faut plutôt que l'on entame des discussions sérieuses afin de faire comprendre les besoins de la population en matière d'accessibilité aux services aux professionnels touchés par ce projet de loi.

M. Blain (Pierre) : Le RPCU constate avec satisfaction que l'accessibilité aux services est le fil conducteur du projet de loi n° 130. L'accessibilité se retrouve comme un leitmotiv tout au long de ce projet de loi, c'est pourquoi nous nous en réjouissons. Tant que la mise en place de la prise en charge des usagers par les médecins et les groupes de médecine familiale ne sera pas complétée, l'établissement de santé, c'est-à-dire le centre hospitalier, demeurera le premier lieu de dispensation des services. Devant cet état de fait, la gestion des établissements demande une approche renouvelée puisque la réforme en cours n'a pas encore produit tous les résultats attendus.

L'article 16 du projet de loi n° 130 ajoute une obligation aux conseils d'administration afin de s'assurer de l'accessibilité aux services de l'établissement. Les conseils d'administration n'ont jamais eu cette obligation, le RPCU tient à le souligner. Cet article, à notre point de vue, fera toute la différence puisque le projet de loi ajoute des pouvoirs aux conseils d'administration pour qu'ils puissent assurer cette obligation. D'ailleurs, l'article 21 aussi ajoute une obligation au chef de département clinique d'élaborer pour son département des règles d'utilisation des ressources matérielles, médicales et dentaires qui tiennent compte de la nécessité de favoriser l'accessibilité aux services de l'établissement. De plus, le projet de loi confie aux comités de vigilance et de la qualité la tâche de surveiller l'accessibilité aux services, car, pour nous, l'accessibilité aux services et un droit des usagers.

Donc, pour mettre en place l'accessibilité, l'établissement aussi a besoin d'autres moyens, et, dans ce cas-ci, le projet de loi n° 130 précise les obligations des médecins. C'est le conseil d'administration qui confère des privilèges aux médecins. Il faut comprendre par «privilèges» faire référence au fait de permettre a un médecin d'exercer sa profession au sein d'un établissement. La loi précise l'imposition d'obligation aux privilèges qui sont accordés par le conseil d'administration sur recommandation du CMDP. Il en est de même des précisions sur le fait qu'aucun ne pourra être protégé. Il est certain que ces obligations feront réagir les professionnels de la santé. Le RPCU vous demande toutefois de maintenir cette obligation, autrement rien ne changera. Pour les usagers, il est tout à fait normal d'imposer des obligations pour obtenir de meilleurs services. Comme nous l'avons déjà répété, il faudra toutefois faire preuve de souplesse dans la mise en place.

Le RPCU souligne également que le projet de loi aborde aussi la mise sous garde en santé mentale. Plusieurs intervenants avaient demandé des précisions concernant les mises sous garde en regard du respect des droits des personnes touchées par cette mesure. Le projet de loi prévoit donc l'obligation d'adopter un protocole pour encadrer leur mise sous garde. Le RPCU est tout à fait d'accord avec cette mesure. Toutefois, il manque une protection supplémentaire au projet de loi, et le RPCU croit que le Commissaire aux plaintes et le comité des usagers devraient être informés des mesures prises à l'encontre de ces personnes vulnérables afin qu'ils veillent plus particulièrement sur leurs droits.

• *(19 h 40)* •

Nous terminons cette partie-là en soulignant quatre autres mesures qui sont prévues : les actifs informationnels, le plan d'organisation des services, la santé publique et l'approvisionnement en commun. Nous sommes d'accord avec ces ajouts, plus particulièrement en ce qui a trait à la santé publique et au plan d'organisation. Effectivement, les journaux nous rapportent trop souvent de chicanes de clocher entre départements d'un même établissement en ce qui a trait à l'imagerie médicale. En précisant ce que le département d'imagerie médicale doit inclure, on coupe court à ces batailles inutiles, mais nous sommes certains que des boucliers se lèveront contre cette organisation des services, qui nous apparaît, dans notre cas, tout à fait logique.

Le RPCU déplore toutefois que le ministère n'ait pas profité de ce projet de loi pour mettre à jour la gestion des plaintes à l'intérieur des établissements. Pourtant, il en entrouvre la porte en modifiant l'article 30 de la loi. Le RPCU ne croit pas que l'amendement à l'article 11 suffira.

La Protectrice du citoyen a été sévère dans ses avis et ses rapports avec la gestion des plaintes à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. Comme plusieurs, elle a remis en question l'indépendance de certains commissaires. Comme le commissaire aux plaintes relève du conseil d'administration, plusieurs doutent de son indépendance. Certaines décisions douteuses, des délais indus, ont même miné parfois la crédibilité du système de gestion des plaintes.

La loi n° 10 a fait en sorte que les commissaires présents dans les installations en sont maintenant souvent absents. Le comité des usagers et de résidents nous le répète souvent, ils ont l'impression de ne plus avoir un accès aussi direct au commissaire et des contacts aussi fréquents. Le RPCU croit fermement que le nombre de commissaires aux plaintes et de leurs adjoints devrait être revu.

Le projet de loi n° 130 nous permet de souligner à nouveau la place unique des comités des usagers et de résidents au sein des établissements. Le RPCU insiste sur le caractère unique du comité des usagers et de résidents. Dans un avis émis par la Protectrice du citoyen à la demande de comités et du RPCU et transmis au ministère, cette dernière déclarait : «Tout en reconnaissant que le comité des usagers est un comité de l'établissement, nous ne partageons pas l'avis stipulant qu'il soit un comité au même titre que les autres comités existants. Nous croyons plutôt qu'il s'agit d'un comité statutaire et sui generis de l'établissement, dont l'autonomie, dans la gestion de son budget et de ses activités, a été reconnue autant par la loi que, dans une certaine mesure, par les documents de référence produits par le ministère.» C'est l'avis 14-1797 du Comité des usagers de La Côte-de-Gaspé.

Il faut donc donner le moyen aux comités pour qu'ils puissent accomplir correctement leur travail. Les membres du conseil d'administration du RPCU, réunis en réunion le 3 février dernier, ont tenu à rappeler au ministre que les budgets des comités des usagers ne sont pas suffisants pour accomplir tout leur travail. Par conséquent, nous pensons qu'ils devraient être revus. Nous rappelons aussi avoir soumis que la gestion des plaintes devrait être revue. C'est pourquoi nous recommandons que l'accompagnement dans la gestion des plaintes dans le réseau de la santé soit confié particulièrement au comité des usagers, car lui seul a certaines responsabilités. D'ailleurs, si on voit les trois intervenants qui peuvent être impliqués, le commissaire aux plaintes, le comité des usagers et un organisme communautaire qui s'appelle le CAAP, les commissaires aux plaintes et les comités des usagers ont des fonctions exclusives. Aucune fonction exclusive n'appartient au CAAP. Par conséquent, nous croyons que cela devrait être revu, surtout que, dans le pire des scénarios envisagés, pour un budget de 4,5 millions, on a l'impression que les CAAP, au niveau de l'accompagnement, reviennent à 1 833 $, alors que, dans le cas d'un comité des usagers, le pire des scénarios le fait à 66 $, et l'entreprise privée pourrait même le faire, avec une firme d'avocats, à 250 $.

M. Ménard (Claude) : En conclusion, le RPCU accorde son soutien au projet de loi n° 130. Le RPCU considère le projet 130 comme une avancée dans la gestion du réseau de la santé et des services sociaux, car il ouvre l'accès à un meilleur service. Le RPCU propose que l'on accorde aux comités des usagers la place que leur statut particulier justifie. Le RPCU croit surtout qu'il faut augmenter le nombre de commissaires aux plaintes et accorder de façon exclusive aux comités des usagers l'accompagnement aux plaintes, ce qui en résulterait une rationalisation dans les budgets. De plus, le RPCU recommande la création d'un forum des usagers et que ce dernier soit une entité indépendante.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. Ménard et M. Blain, pour cet exposé. Nous allons débuter la période d'échange avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. Vous disposez d'un bloc, ce soir, de 23 minutes. M. le ministre, la parole est à vous.

M. Barrette : 23 minutes?

Le Président (M. Merlini) : Oui, M. le ministre.

M. Barrette : O.K., bon, bien, on a de l'extra. M. Ménard, M. Blain, bienvenue encore une fois. Toujours un plaisir de vous recevoir. Alors, merci pour les bons commentaires que vous avez faits en introduction, là. Je comprends que le projet de loi, pour vous, dans votre connaissance du réseau, est un bénéfice pour les patients, puis vous avez tout à fait raison, là, c'est fait effectivement pour ça.

Vous avez... J'ai pris quelques notes, là. Évidemment qu'on a votre mémoire, que j'ai vu. Il y a un certain nombre d'éléments que je voulais voir avec vous parce que ce sont des sujets qui sont très importants pour vous. Vous en parlez souvent, puis, à un moment donné, on va finir par trouver une piste d'atterrissage adéquate, là.

Vous nous dites souvent que les CAAP... vous seriez meilleurs, ou plus économes, ou plus... Les mots que vous utilisez, c'est que ça tombe sous le sens que ça soit vous, plutôt que les CAAP. Ça nous amène toujours à faire disparaître les CAAP. Bien, je vous vois hocher la tête dans l'autre sens, vous faites non. Alors, expliquez-moi, là.

M. Blain (Pierre) : Ce que je veux comprendre, ce n'est pas le RPCU qui serait meilleur, pas du tout. Nous, on pense que les comités des usagers qui ont cette tâche devraient avoir des moyens pour pouvoir le faire. Et nous, on pense que les CAAP, qui, dans beaucoup de cas, donnent des services professionnels, devraient justement travailler mieux avec les comités des usagers et même devraient encadrer, dans beaucoup de cas, la gestion des plaintes à l'intérieur. Mais c'est entendu qu'à partir de ce moment-là il faut que la structure change.

Le problème actuellement des comités des usagers, c'est que leur budget qu'ils ont ne leur permet pas, dans beaucoup de cas, de pouvoir assumer toutes les fonctions qu'ils ont. Il y a 650 comités au Québec. C'est un budget de 6,5 millions par année. Les CAAP ont... 16 CAAP, ils ont un budget de 4,5 millions. Si on était capable de faire en sorte que ces ressources-là soient mises en commun et qu'on puisse travailler avec les comités... parce que, comme on le montre, il y a une duplication. Il y a trois entités qui, présentement, ont la même fonction d'accompagnement.

Et moi, M. le ministre, je vous dis, j'ai reçu encore un téléphone ce matin d'une présidente d'un comité des usagers qui nous dit que les commissaires aux plaintes sont débordés et surtout que, présentement, elles essaient de trouver des moyens de se délester de cette partie de l'accompagnement. Et ce n'est pas une seule fois que je l'ai entendu. Je l'ai entendu dans beaucoup de cas. Et, pour moi, ce que je dis : Encadrons mieux les comités des usagers en leur donnant les ressources appropriées. Et l'expertise qui, présentement, est dans les CAAP, pourrait servir aux comités pour pouvoir le faire.

La nuance que j'ajoute, c'est que je pense que ça prend une entité nationale pour pouvoir gérer un ensemble semblable. Le problème, présentement... qu'une personne veut se plaindre, il n'y a pas de numéro de téléphone qu'on est capable d'authentifier et de trouver. Et nous, on pense qu'à ce moment-là en faisant une gestion nationale avec un seul numéro de téléphone qui ferait en sorte qu'on puisse répartir, justement, les appels des usagers qui voudraient, justement, ou porter plainte ou avoir des renseignements... je pense qu'à partir de ce moment-là, ça pourrait être une façon facile de pouvoir améliorer le système et surtout utiliser ce qui est une ressource de proximité.

Les comités des usagers, vous les avez gardés, avec la loi n° 10, dans tous les établissements. Vous avez donné, justement, à vos gestionnaires, à mon point de vue... à notre point de vue au RPCU, vous avez ouvert la voie pour qu'ils comprennent où est-ce qu'ils devaient se donner les services. Bien, pour moi, en donnant les services au niveau des comités des usagers qui sont présents toujours dans les établissements, vous pourriez justement accomplir la mission que vous avez faite. C'est un service de proximité. Présentement, malheureusement, les CAAP sont comme ce qu'étaient avant les agences régionales parce qu'il y en a une par région, puis il faut la trouver, puis il faut la chercher. Donc, pour moi, ça pourrait être une façon de pouvoir le faire, et surtout, de pouvoir avoir un meilleur accompagnement, et répondre aussi à un autre objectif.

On a une préoccupation, nous autres, parce qu'on ne sait pas combien de nombre de plaintes qu'il y a par année. Il n'y en a pas. Il n'y a pas une source actuellement. Le ministère a un peu un système informatique pour les commissaires aux plaintes, mais sauf qu'on n'a pas accès à ça. On ne le sait pas. Il n'y a pas de formulaire commun. Nous, on pense que ça prendrait un formulaire commun et on y travaille, au RPCU, pour le faire. Des comités des usagers nous l'ont demandé pour qu'on puisse généraliser. Et, pour nous, l'hypothèse que nous avons faite, il suffit... il y a 650 comités, que ces 650 comités là ne fassent qu'un accompagnement par semaine, imaginez-vous, un par semaine, alors que le téléphone sonne beaucoup plus que ça, mais c'est 37 000 par année qui sont faits, alors qu'en comparaison d'un autre organisme ils font à peine 2 000 accompagnements.

Alors, c'est dans ce sens-là. Ce n'est pas de faire disparaître des instances, mais c'est plutôt de rationaliser pour qu'on arrive justement à une meilleure amélioration et une meilleure performance du système.

• *(19 h 50)* •

M. Barrette : Si j'allais dans votre direction, M. Blain et M. Ménard, vous me proposez de faire la gestion des plaintes. C'est ça que vous proposez, là. Vous ne trouvez pas que la... c'est une question, là, ce n'est pas un commentaire, là. Il n'y a pas justement une trop grande proximité, et, potentiellement, on ne se rapproche pas d'un conflit d'intérêts en termes de circulation de l'information?

M. Blain (Pierre) : Vous avez raison si vous parlez de gestion des plaintes, mais le comité des usagers, les CAAP n'ont pas cette fonction-là de gérer les plaintes. C'est la tâche des commissaires aux plaintes, qui, eux, ont cette tâche. La seule tâche que le comité des usagers a, c'est d'accompagner. Mais là il y a deux autres instances aussi qui ont cette possibilité-là d'accompagner aussi. Et on pense que ça en fait trop parce qu'on ne sait plus où est-ce qu'on va.

D'ailleurs, M. Paradis, j'ai été très heureux de lire, dans le projet de loi n° 115, certains commentaires qu'il a passés quand on parlait de maltraitance, où il y avait 25, 26 organismes différents, puis il y en avait 12, puis là on ne savait plus combien. C'est ça, notre problème présentement, on ne sait pas où aller parce qu'il y en a trop. Et pour moi, justement, on ne fait pas de la gestion de plaintes, ce n'est pas notre rôle. Notre rôle est de faire de l'accompagnement. Et le comité des usagers, dans beaucoup de cas, est capable de régler beaucoup de situations problématiques, parce que nous, au RPCU, on préfère parler d'insatisfaction, et le comité des usagers règle les insatisfactions. Cependant, quand arrive le cas des plaintes, on le transfère où ça doit être traité, c'est au commissaire aux plaintes. La différence, c'est qu'on s'assure que la personne est accompagnée pour pouvoir le faire.

M. Barrette : Vous, dans le message que vous recevez de vos membres... Là, vous êtes rendus à combien, là, de... Vous êtes 650?

M. Blain (Pierre) : Il y a 650 comités des usagers au Québec.

M. Barrette : Mais au RPCU, c'est...

M. Blain (Pierre) : Et nous, on est 86 % de tous les comités qui sont membres chez nous. Donc, ça dépasse les 550, on n'est pas seulement que 150.

M. Barrette : O.K. Votre lecture de la situation en termes de disponibilité ou d'organisation du commissaire aux plaintes et de sa structure, est-ce que c'est uniformément? Parce que, quand vous en parlez, vous n'en parlez pas négativement dans le fond, mais négativement dans la quantité, je dirais, là. C'est uniforme, au Québec, la problématique ou c'est plus lié à la grosseur de l'institution, par exemple, ou de la région?

M. Blain (Pierre) : Selon les informations que nous avons, qui nous viennent des comités des usagers, ça semble être quelque chose de généralisé actuellement au Québec. Et, pour moi, c'est parce que, justement, il faut que le commissaire puisse prendre la tâche qui est la sienne. Et, pour nous, justement, on vous a donné une avenue dans le projet de loi. Dans l'article 30, si je me rappelle bien, l'article 30 que vous voulez modifier dans la loi sur la santé, vous parlez que le personnel de l'établissement travaille sous la responsabilité du commissaire aux plaintes. Vous vous souvenez, il y a eu des levées de boucliers là-dessus en disant que ces personnes-là ne seraient pas indépendantes.

Plutôt, ce que nous, on pense, c'est qu'on ne définit pas qu'elles sont les fonctions que ces personnes-là devraient faire. Nous, on nous a dit, actuellement, que, dans certains cas, il y a du personnel qui travaille sous le commissaire qui font même le traitement de la plainte, puis ensuite de ça c'est le commissaire qui signe. Si c'est ça que vous voulez, dites-le. Mais, pour moi, à partir de ce moment-là, vous changez un peu la fonction du commissaire aux plaintes, et il s'agit tout simplement de bien définir le travail qui est fait par ses employés. On a considéré justement, en vue de ce mémoire-là, la Loi du Protecteur du citoyen. Le Protecteur du citoyen, lui, contrairement au commissaire aux plaintes, n'a pas d'adjoint, il a des délégués. Et, à partir de ce moment-là, ce n'est pas du tout la même chose qu'un délégué, qu'un employé ou qu'un commissaire adjoint, qui lui aussi a certains pouvoirs.

Mais aussi il faut comprendre une chose, c'est qu'une loi comme celle-là ne permet pas de déléguer en deuxième niveau. Si on peut déléguer à un premier niveau, on ne peut pas, par la suite, déléguer à un autre niveau inférieur.

Donc, ça aussi, je pense que c'est juste une question de clarification du rôle que vous feriez faire. Et c'est là, je pense, qu'on est capable de régler peut-être une situation où on dit que les commissaires aux plaintes sont moins présents dans les comités... dans les établissements ou dans les... pardon, dans les installations — il faut se mêler dans les... Mais, si c'est une personne du personnel, mais qui est clairement identifiée, avec des tâches particulières, pour accomplir cette tâche-là pour le commissaire, bien à ce moment-là, jusqu'à un certain point, le commissaire est présent parce qu'il y aura un contact continuel entre l'employé et son patron.

M. Barrette : Dans un autre ordre d'idées, là, vous avez abordé la question de la mise sous garde. Bon, vous étiez satisfaits de voir qu'on avait prévu qu'il y ait des protocoles formels. Mais là, par contre, vous m'avez étonné dans votre mémoire et dans votre présentation. Quand vous me dites — puis là ça m'a beaucoup étonné, là — quand vous me dites que le comité des usagers et le comité des plaintes devraient être informés de chaque mise sous garde, vous ne trouvez pas que, là, ça va un peu loin?

M. Blain (Pierre) : Non.

M. Barrette : C'est parce que là... Bien, ne serait-ce que pour la confidentialité de l'information. Les comités des usagers n'ont pas dans leurs fonctions d'être informés de ce qui se passe en termes de traitements, et ainsi de suite, ou de diagnostics automatiquement, là. Vous me demandez, pour le cas spécifique de la mise sous garde, que le comité des usagers soit informé automatiquement. Ça m'a étonné comme position, ça. Et même le comité des plaintes parce que le comité des plaintes... normalement, pour que le comité des plaintes soit saisi ou informé de quelque chose, en fait, c'est comme ça qu'il faut le dire, pour être informé et impliqué dans quelque chose, il faut qu'il y ait une plainte. Jamais, à ma connaissance, les comités des plaintes ne reçoivent automatiquement de l'information sur une situation clinique de quelque nature que ce soit sans plainte. Et les comités des usagers, il me semble que, là, vous allez pas mal loin, à moins que j'aie mal saisi la portée de votre commentaire, là.

M. Blain (Pierre) : Oui, effectivement. Merci de nous demander de préciser ce point-là.

Nous recevons beaucoup d'appels concernant des... De façon générale, ce n'est pas les personnes qui nous appellent, c'est souvent des familles pour se plaindre de la mise en sous-garde de certains de leurs... de personnes. Et, pour eux autres, dans beaucoup de cas, ils ne comprennent pas la raison et ils ne savent pas pourquoi. De plus, les comités des usagers, dans les établissements en santé mentale particulièrement, ont une fonction un peu semblable aussi à ce qui se passe dans les centres jeunesse parce que... et d'ailleurs, votre ministère l'a reconnu en allouant un budget supplémentaire dans les établissements en santé mentale pour qu'il y ait un accompagnement particulier pour les personnes dans ces institutions.

Nous, ce qu'on dit tout simplement, dans un premier temps, pour être sûr qu'il y a un garde-fou et que tout est fait correctement : Informez justement le commissaire aux plaintes et le comité des usagers que ces personnes-là... ses droits ont été brimés parce que, dans le fond, une mise sous garde, on lève les droits d'une personne. Elle n'a plus le droit de communiquer, elle n'a plus le droit d'avoir accès à tout le monde. On change complètement la problématique.

Et je vous corrige à ce niveau-là, M. le ministre. Les comités des usagers sont aussi astreints à la confidentialité, comme n'importe quelle autre institution à l'intérieur de l'établissement. D'ailleurs, c'est un comité de l'établissement avec un statut particulier, mais les comités des usagers ont la même chose. Et, quand ils adhèrent au RPCU, et qu'ils adhèrent à nos règlements généraux, et qu'ils adhèrent à notre code d'éthique, c'est clairement indiqué qu'ils doivent respecter la confidentialité. Donc, ça ne devient pas une annonce publique pour tout le monde, mais c'est tout simplement de mettre en place un autre garde-fou qui pourrait faire en sorte que les droits soient défendus si le besoin se fait sentir par la suite.

• *(20 heures)* •

M. Barrette : Là, j'ai beaucoup de réserves avec ce que vous me dites, là, M. Blain, là. Je comprends que les gens des comités des usagers... qui, par ailleurs, font un excellent travail, ce n'est pas ça, mon point. Puis vous avez tout à fait raison, ils sont assujettis à des règles de confidentialité, vous avez parfaitement raison. Mais un professionnel, de quelque nature que ce soit, dans un hôpital, par exemple, techniquement, même s'il est assujetti à des règles de confidentialité, n'a pas le droit d'aller se promener dans l'hôpital, faire le tour des dossiers de tout le monde ou aller aux archives puis demander de voir tel, tel dossier, là. Ce n'est pas quelque... parce que, là, ce que vous me demandez, c'est un automatisme.

Je suis d'accord avec vous, là, je comprends que vous avez une obligation de confidentialité, mais l'obligation de confidentialité n'ouvre pas la porte à un transfert d'information automatique d'un professionnel à l'autre ou d'une instance à l'autre à l'intérieur de l'institution.

M. Blain (Pierre) : Vous avez raison, et c'est là, je pense, que, si jamais vous acceptiez une mesure semblable, il faudrait qu'il y ait un encadrement très strict dans la façon de le faire et que ça devrait se faire sous, bien sûr, toute confidentialité et sous huis clos aussi. Ça arrive souvent, dans des organisations, où on a des renseignements privilégiés qu'on a, et, à partir de ce moment-là, bien, on a un engagement.

M. Barrette : Quelle est la finalité que vous recherchez en demandant ou en suggérant d'avoir ce transfert d'information là automatique?

M. Blain (Pierre) : Quand je parle de transfert d'information...

M. Barrette : Pour la mise sous garde.

M. Blain (Pierre) : ...il faut comprendre que, justement, c'est plutôt informer le comité des usagers puis le commissaire aux plaintes qu'une personne n'a plus les droits qui, normalement, sont prévus dans la loi et qui sont prévus au Code civil, parce qu'en même temps on lui enlève les droits du Code civil, on enlève tout ça. Et, pour le cas où cette personne voudrait prendre des mesures pour faire lever ces obligations-là, ce serait plutôt pour avoir déjà une information qui serait au dossier et qui pourrait permettre un meilleur accompagnement pour faire respecter ses droits à ce niveau-là.

M. Barrette : O.K. Bien, écoutez, je prends bonne note de ça parce que... Éclairez-moi, là, parce que, quand je vous ai entendu en parler la première fois, j'ai compris que vous demandiez à ce qu'automatiquement l'information se rende. Vous, est-ce que vous me dites, là, maintenant que vous voudriez avoir accès à une information si quelqu'un vous interpelle?

M. Blain (Pierre) : C'est que le comité des usagers aurait déjà l'information plutôt que d'attendre plus tard. Donc, au moins, il est au courant qu'il y a des possibilités qu'une personne puisse faire des recours, et, si elle a besoin d'être accompagnée... parce que, dans certains cas, là, ça va aussi loin que ça, qu'effectivement en santé mentale, malheureusement, ça se traduit devant un tribunal. Et parfois on demande au comité des usagers de l'accompagner jusque-là. Et, en passant, le comité des usagers a cette responsabilité-là, selon l'article 212, l'alinéa 3°, où il peut défendre les droits individuels de personnes qui le demandent devant toutes les instances, et toutes les instances, ça inclut les tribunaux.

M. Barrette : Mais, dans la phrase que vous venez de dire, M. Blain, il y a quatre, cinq mots très importants, qui sont opérateurs : pour la personne qui le demande.

M. Blain (Pierre) : Bien sûr. Mais le problème est là. C'est que, quand la personne, on lui a enlevé ses droits, comment fait-elle pour les retrouver? C'est ça, le problème. C'est dans ce sens-là qu'on a fait ça. Et ça, comme je vous dis, ça suit des considérations que nous avons reçues, plusieurs demandes qui nous sont venues de personnes.

M. Barrette : Vous allez être d'accord avec moi qu'on... là, on entre dans un territoire qui est très débattu, débattable et surtout de nature juridique.

M. Blain (Pierre) : Oui. Mais je pense que notre rôle, comme représentants des usagers, c'est de vous présenter ces options-là. C'est dans ce sens-là.

M. Barrette : Tout à fait, tout à fait. Je reçois ça avec beaucoup d'intérêt.

Bon, j'ai pris des notes, mais je pense qu'on a fait le tour de tous les angles de ces sujets-là, qui sont, je pense, les sujets principaux. Je ne pense pas que vous vouliez rentrer nécessairement dans l'intrahospitalier comme tel, là, quand vous faites référence à l'imagerie, et tout ça, là, j'imagine.

M. Blain (Pierre) : Bien, ça fait partie, tout simplement...

M. Barrette : Ça a un intérêt, là, mais...

M. Blain (Pierre) : Bien, c'est que j'ai été content parce que moi, j'ai siégé sur un conseil d'administration d'un établissement de santé, puis effectivement on avait souvent ces espèces de querelles là qui se passaient entre un département et l'autre parce qu'on disait : Bien non, ce n'est pas ma responsabilité, bien non, c'est lui. Et on vu dans les journaux ce qui s'est passé au CHUM, là, puis qu'ils vont... Est-ce qu'ils ne vont pas même emmener le CHUM devant les tribunaux pour faire respecter? Donc, pour ça, je pense que vous réglez jusqu'à un certain point le problème en imposant, bien sûr.

M. Barrette : C'est ça. C'est dans cet esprit-là que vous trouvez que la loi, c'est une bonne idée.

M. Blain (Pierre) : C'est ça. Mais vous imposez cette mesure, M. le ministre.

M. Barrette : Voilà. Voilà. Bien, merci, M. Blain, M. Ménard. J'ai terminé, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Est-ce que d'autres députés auraient des questions, côté ministériel? Ça va? Très bien, merci. Alors, nous allons passer avec l'échange avec l'opposition officielle. Mme la députée de Taillon, vous disposez de 13 min 48 s. À vous la parole.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour, M. Blain, bonjour, M. Ménard. Merci d'avoir apporté cet éclairage sur le projet de loi n° 130. Vous avez parlé tantôt que vous aviez un téléphone ce matin de quelqu'un, un des membres de vos comités des usagers, qui disait que les commissaires aux plaintes étaient débordés. Est-ce que vous pouvez nous donner un peu plus de détails, pas spécifiquement sur ce cas-là, mais sur votre vision, sur votre perception?, parce que vous êtes les antennes, dans le fond. Vous êtes beaucoup les personnes qui êtes très sensibles, là, à la démarche que les gens font quand ils ont une plainte à formuler.

M. Blain (Pierre) : Nous, c'est ce qu'on entend constamment des comités des usagers. Avec le projet de loi n° 10, on a mis les commissaires aux plaintes dans une catégorie d'emploi qui sont les cadres, et, dans cette catégorie d'emploi là des cadres, il y avait une coupure de 10 %. Donc, quand on avait, supposons, cinq installations de façon générale — et le cas qu'on m'a rapporté aujourd'hui, il y avait cinq installations, donc cinq commissaires aux plaintes — maintenant, il y a un commissaire aux plaintes et trois adjoints, donc ça en fait quatre. Donc, il y en a un de moins. Ça veut dire que les plaintes qui pouvaient être faites pour un ensemble, elles sont maintenant traitées par quatre personnes plutôt que d'être traitées par cinq.

Donc, c'est dans ce sens-là que, pour nous, c'est quelque chose qui nous revient de façon constante et c'est là aussi où on a soulevé le cas de la Protectrice du citoyen, qui avait aussi soulevé ces craintes dans certains de ses avis. Je pense que la Commission des droits de la personne aussi, mais, pour nous, c'est... On entend ça constamment de la part des comités des usagers.

M. Ménard (Claude) : Et, si vous me permettez, en complément, il y a une installation où deux gestionnaires, à l'ensemble de son personnel, a dit, il y a à peu près trois semaines, un mois, et ça, je l'ai mentionné à la dernière commission parlementaire : Arrêtez d'envoyer les clients, les usagers, au niveau des plaintes, auprès du commissaire parce que le commissaire est débordé. Tentez de régler la situation à la base. Je pense que c'est bien, de tenter de régler la situation à la base, sauf qu'à ce moment-là ça ne laisse aucune trace. Et là ce geste-là, qui peut être répétitif, n'est pas enregistré en nulle part, puis ça, bien, pour nous autres, c'est délicat, là, en fait de processus puis de démarches, là.

Mme Lamarre : Tout à fait, M. Ménard. J'ai la même lecture d'une situation. Je pense que, quand les gens se rendent jusqu'à la démarche du commissaire aux plaintes, c'est parce qu'ils veulent qu'il y ait une trace qui reste et que les correctifs soient appliqués non seulement individuellement, mais au niveau collectif, au niveau systémique. Et je crois qu'on a besoin que ces démarches-là soient bien faites et bien complétées. On est étonnés aussi. Puis c'était une des interrogations qu'on avait avec le projet de loi n° 10. Une des préoccupations, je vous dirais clairement.

J'espère que le ministre va être à l'écoute parce que je pense que ce processus de commissaire aux plaintes, c'est essentiel comme mesure de protection du public. C'est un déterminant puissant pour être capable d'apprécier les améliorations nécessaires, mais aussi les écarts, les oublis, les endroits où les patients se retrouvent abandonnés à eux-mêmes. Et, il n'y a pas très longtemps, je suis allée au Saguenay, où il y avait eu, justement en santé mentale, trois patients dont deux se sont suicidés et le troisième est disparu et qui étaient des situations où, par le coronaire et par le commissaire aux plaintes, on a réussi à démontrer qu'il y avait un problème dans le suivi psychosocial de ces patients qui étaient en détresse psychologique. Et donc je pense que ça, ça nous permet d'aller chercher les vraies causes, les vrais facteurs. Alors, je suis intéressée et contente de voir que vous faites cette démarche.

On a toujours la préoccupation, à l'article 11 du projet de loi n° 130, une personne qui est membre du personnel de l'établissement. Alors, on comprend que le commissaire aux plaintes, c'est quelque part un arbitre aussi, hein, qui tient compte des deux aspects. Et là c'est comme si, bien, l'arbitre, il était payé par une des deux équipes de hockey. Ça ne peut pas marcher. Il y a un danger. Il y a un danger clair que, même si l'employeur essaie de laisser pleine autonomie, l'employé, lui, se sente dans un lien d'insécurité à dénoncer des comportements inappropriés au niveau de son établissement.

Est-ce que vous vous aimeriez que ça soit corrigé et qu'on redonne pleine indépendance au commissaire et à ses adjoints, s'il faut des adjoints? Moi, je serais portée à dire que ça en prend trois, commissaires. Si on en avait cinq avant, pourquoi on a besoin tout à coup d'en avoir juste un avec trois employés? Et moi, j'ai été assez surprise de voir, là, dans une rencontre avec un P.D.G. d'agence, de voir que c'est vraiment ces personnes-là qui recueillent la description de la plainte.

Alors, on le sait, là, c'est le moment stratégique, hein? Ce qu'on écrit, ce qu'on retient, les mots qu'on choisit d'écrire ou de ne pas écrire, ça contribue à influencer, à colorer la description d'une plainte. Alors, moi, ça me préoccupe beaucoup. Je trouve qu'à quelque part, là, il y a peut-être des économies qui ne sont pas saines et qui ne nous donnent pas pleine latitude. Je ne suis même pas sûre qu'il y a des réelles économies. Et ce lien hiérarchique qu'on met entre un adjoint au commissaire et son employabilité par l'établissement, c'est préoccupant.

• *(20 h 10)* •

M. Blain (Pierre) : C'est pour ça d'ailleurs que nous avons demandé de préciser les fonctions de ces personnes-là. Pour nous, on n'est pas d'accord que... ce n'est pas à eux autres à faire le traitement de la plainte, là. Alors, pour nous, ça, c'est une chose qui est bien, bien importante. Et c'est pour ça aussi... Quand vous parliez justement de laisser une trace. Le comité des usagers aussi a des traces qu'il peut avoir. Et nous, on l'a fait, entre autres, au niveau de notre congrès, et il y a un comité des usagers avec lequel nous avons développé des liens particuliers au niveau de la gestion des dossiers, des insatisfactions qu'ils reçoivent parce que, justement, ce qu'ils réussissent à régler doit laisser une trace. Et pour nous, à ce moment-là, c'est celui avec le CSSS de Chaudière-Appalaches, et tout ça, qui est vraiment exemplaire au niveau de traiter les dossiers des insatisfactions et des plaintes. Et chacune des communications qu'ils ont sont notées et, à partir de ce moment-là, influencent le plan d'action de l'année suivante. Et c'est dans ce sens-là qu'on dit que le comité des usagers doit avoir les moyens de faire ce genre de chose là. Il faut qu'on ait un formulaire commun à tout le monde pour qu'on puisse comparer et qu'on puisse le faire. Et je pense que ça pourrait être une tâche qui est encore plus importante pour le nouveau comité qu'on a mis en place, qui est le comité du CUCI.

Mme Lamarre : Vous avez aussi évoqué des réserves, en tout cas des questionnements sur la mise sous garde en santé mentale. Et là on arrive à des positions qui sont souvent très polarisées. On va avoir des groupes qui vont dire : Il faudrait qu'on puisse dire rapidement si notre enfant décompense parce qu'il a un problème de schizophrénie, et il devrait être protégé et mis sous garde. Et on a, d'autre part, des gens qui disent : Non, il faut vraiment protéger la liberté, attention à l'écart.

Ma lecture, c'est, je pense, qu'on a besoin de mécanismes d'accompagnement beaucoup plus intense que ceux qu'on a, beaucoup plus importants que ceux qu'on a, des logements supervisés pour ces patients, et tout ça. Mais, vous, votre lecture de ce qu'on met dans le projet de loi, qu'est-ce que c'est, votre analyse de ça?

M. Blain (Pierre) : Premièrement, on ne prend pas la place d'un professionnel. Le professionnel, ce sera toujours son jugement. Et on parle dans ce cas-ci, dans un établissement, du jugement d'un professionnel qui met une personne sous garde, ce qui est complètement différent des situations qui peuvent être vécues dans les familles. Je l'ai vécu, moi, dans ma famille, avec une nièce qui avait besoin de traitement, mais qui ne voulait pas. Et la seule façon qu'on pouvait le faire, c'était de demander un ordre au tribunal ou d'avoir un conseil de famille. Le professionnel ne voulait pas justement le faire. Mais, d'un autre côté, pour nous, quand on traite de mise sous garde, c'est entendu que c'est une personne qui se présente dans un établissement et qu'un professionnel compétent va justifier ses décisions. Nous, ce qu'on aime maintenant, c'est qu'au moins qu'il y aura un protocole très précis qui va être mis en place et qu'on va pouvoir avoir toutes les données.

Jusqu'à présent, les plaintes que nous avons reçues de familles, j'ai une mère en pleurs qui nous a téléphoné pour dire : Mon fils, je ne suis pas capable de le voir, je ne pourrai pas le voir avant 15 jours parce qu'on m'interdit, parce qu'on l'a mis sous garde. Ce n'est pas correct, il a besoin de moi, et il n'y avait aucun moyen. Donc, au minimum, maintenant, on va avoir les renseignements si jamais par la suite on veut revoir si la décision a été prise. Donc, c'est dans ce sens-là. Mais jamais on ne va remettre en question l'opinion professionnelle.

Mme Lamarre : C'est bon. Merci.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. Maintenant, nous allons faire le bloc d'échange avec le deuxième groupe d'opposition. M. le député de Lévis, vous disposez de 9 min 12 s. À vous la parole.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. M. Blain, M. Ménard, bonsoir. Oui, on a l'impression de revivre, hein, des débats ou des questionnements, notamment sur ce que vous avez abordé il y a deux instants, le chemin idéal pour le dépôt et la gestion des plaintes, le commissaire local aux plaintes, bien sûr. Et on fait référence à un autre projet de loi où on s'est vus récemment, les gens qui disaient... le commissaire local aux plaintes, manifestement, selon plusieurs, débordé. D'autres disaient : Est-ce qu'on ne devrait pas passer par le Protecteur du citoyen, vous étiez de cette discussion, voire même la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse parce qu'on a là un pouvoir exécutoire qu'on n'a pas du côté du commissaire aux plaintes, donc de recommandation si on veut que les choses changent?

Bon, manifestement, vous y étiez, mais je comprends que depuis ces échanges-là, aujourd'hui, là, ce matin, vous recevez encore du terrain, avant même qu'on ajoute, par exemple, un processus de dépôt de plainte dans des dossiers comme ceux dont on parle, voire la maltraitance, déjà, vous vous faites rappeler qu'ils sont débordés.

M. Blain (Pierre) : Oui, et ça, lors de notre conseil d'administration de vendredi dernier, du 3 février, c'était de façon unanime auprès de nos représentants qui étaient là pour dire que les commissaires aux plaintes sont éloignés maintenant. Et on a appris aussi à la même occasion une chose qui m'a fait dresser les cheveux sur la tête, on a même appris que, dans un cas, un commissaire aux plaintes siégeait sur le comité de gestion de l'établissement. On ne voit pas qu'est-ce qu'il vient faire là. Il n'a rien à voir avec l'établissement au niveau de la gestion, à mon point de vue. Alors, est-ce que c'est un cas isolé? Je ne le sais pas, je ne l'ai pas fouillé plus que ça. Mais, pour moi, je pense que le rôle du commissaire aux plaintes doit être absolument indépendant, et c'est pour ça qu'on dit que le conseil d'administration doit prendre continuellement des mesures pour s'assurer de cette indépendance.

M. Paradis (Lévis) : D'où le questionnement, donc, sur l'indépendance...

M. Blain (Pierre) : C'est ça.

M. Paradis (Lévis) : ...le questionnement sur les ressources, bien sûr...

M. Blain (Pierre) : Sur les ressources, absolument.

M. Paradis (Lévis) : ...parce que ça, c'est... encore veut-on donner des pouvoirs, encore faut-il qu'on puisse accomplir la tâche.

M. Blain (Pierre) : Et malheureusement plus qu'on va en parler, des droits, et tant mieux, tant mieux qu'on va en parler, des droits, mais en plus qu'on va peut-être susciter encore plus d'interrogations et de questionnements au niveau de ça et des accompagnements aux plaintes. Je vais vous donner un exemple, justement. Depuis qu'on a parlé des frais accessoires, bien, le téléphone n'arrête pas de sonner à notre bureau pour nous présenter des choses. Donc, c'est aussi le cas d'un comité des usagers, c'est la même chose d'un commissaire aux plaintes.

M. Paradis (Lévis) : Je comprends aussi le questionnement sur l'accompagnement aux plaintes, hein? Et là on comprend bien, puis je pense que vous avez été clair tout à l'heure, vous ne voulez pas la gestion des plaintes non plus, là. C'est l'accompagnement aux plaintes versus le centre d'assistance et d'accompagnement qui existe aussi. Là, je comprendrai que certains disent : On est des professionnels avec des professionnels. Certains ont opposé le fait que, dans les comités d'usagers, malgré votre proximité, les qualités professionnelles, sauf le respect de tous ceux et celles qui s'impliquent, parce que c'est important, faisaient en sorte qu'il serait peut-être préférable de donner l'aval aux centres d'assistance. Vous l'avez entendu, ça aussi.

M. Blain (Pierre) : Je l'ai entendu, puis... oui.

M. Ménard (Claude) : Moi, je voudrais peut-être amener une clarification. Ce qui existe dans le réseau, il y a des comités des usagers et des comités de résidents. Et ce qu'on voit depuis quand même, là, un trois, quatre ans, c'est, j'oserais dire, la professionnalisation des comités des usagers. Ce qu'on retrouve à l'intérieur des comités des usagers, ce sont de plus en plus des baby-boomers, des gens qui ont une expertise, une expérience, une expérience terrain.

Ce qui est certain au niveau des comités de résidents, on ne voit pas le même membership, là. Les gens qui sont au niveau des comités de résidents, de plus en plus, c'est des membres de familles, et ce n'est pas non plus le mandat d'un comité de résidents, cette responsabilité-là. Alors, je pense qu'il y a une fausse croyance, il y a un faux message qui est en train de passer, puis, à la dernière commission parlementaire, je pense que, un, avoir passé en dernier, j'aurais pu rectifier ce tir-là. C'est qu'on retrouve davantage de gens expérimentés qui siègent à l'intérieur des comités d'usagers.

M. Paradis (Lévis) : Je reviens sur le point 6, la mise sous garde en santé mentale, parce que vous l'abordez, ça fait partie du projet de loi n° 130. Est-ce que c'est un des éléments récurrents de questionnement vis-à-vis les comités des usagers? Est-ce que des gens vous demandent des accompagnements dans ce spectre-là très, très particulier?

• *(20 h 20)* •

M. Blain (Pierre) : Les préoccupations des comités des usagers nous viennent principalement de ceux qui sont en... les établissements qui sont en santé mentale. Il n'y en a pas autant que ça au Québec. Il y en a trois, à ma connaissance. Et c'est là surtout où ces questions-là se posent et où les comités des usagers font un accompagnement supplémentaire. Et d'ailleurs le ministère l'a reconnu parce que les budgets de ces comités-là sont supérieurs aux autres de l'ordre de presque de 30 % de plus pour permettre justement un accompagnement plus grand pour ces clientèles vulnérables. Donc, oui, c'est une préoccupation qui nous vient. Et c'est pour ça que j'étais content aussi que la question soit posée par Mme Lamarre.

Ce qui arrive aussi, c'est que, bien sûr, les groupes de défense des droits en santé mentale, eux, n'ont pas la même vision, n'ont pas la même approche. Et on pense que, justement, ça doit prendre une approche plus équilibrée, si je peux dire, pour pouvoir défendre les droits. Et, nous, c'est là notre point, c'est la défense des droits.

M. Paradis (Lévis) : J'aborde dans ce même sous-thème-là... Vous dites : Le directeur général d'établissement, dans le projet de loi n° 130, devra faire rapport, aux trois mois, au conseil d'administration sur l'application du protocole versus la mise sous garde en santé mentale. Vous dites cependant : Ça devrait être plutôt le P.D.G. qui devrait faire rapport.

M. Blain (Pierre) : C'est qu'on ne comprend pas parce qu'on parle que c'est le directeur de l'établissement, mais le directeur de l'établissement, moi, ce que je comprends, c'est le P.D.G., non? Parce qu'il n'y en a plus, de directeur dans un établissement. Ou bien donc on précise c'est le directeur d'un tel. Donc, pour moi, c'est juste une question de concordance. On est forts, nous, à la RPCU, pour trouver ces petits points là.

M. Paradis (Lévis) : Ça va pour moi. C'est clair. Merci beaucoup.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député de Lévis. M. Ménard, M. Blain, représentant le Regroupement provincial des comités des usagers, merci de votre présence et de votre contribution aux travaux de la commission.

M. Blain (Pierre) : Merci.

Le Président (M. Merlini) : Je suspends donc les travaux quelques instants et j'invite nos prochains invités, le Collège des médecins, à venir prendre place à la table. Les travaux sont suspendus.

(Suspension de la séance à 20 h 22)

(Reprise à 20 h 26)

Le Président (M. Merlini) : Alors, nous reprenons donc nos travaux. Nous avons le plaisir d'accueillir ce soir le Collège des médecins. Dr Bernard et Dr Robert, bienvenue encore une fois à la Commission de la santé et des services sociaux. Vous connaissez nos us et coutumes et nos habitudes. Vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, et ensuite on aura les échanges avec les membres de la commission. Bonsoir et bienvenue. À vous la parole.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

M. Bernard (Charles) : Merci, M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les parlementaires. Alors, on a un défi de ne pas trop être soporifique à cette heure-ci de la journée, votre fin de séance. On va essayer de ne pas l'être. Le Collège des médecins vous remercie de lui permettre de présenter ses commentaires et observations au projet de loi n° 130. Nous ciblerons nos commentaires sur les éléments qui touchent particulièrement la pratique médicale en établissement.

Le collège est d'avis que la révision de la procédure d'octroi et de renouvellement des privilèges risque de causer plus d'inconvénients que d'apporter de solutions aux problèmes d'accès aux soins médicaux. À nos yeux, les dispositions qui visent la révision des règles du jeu en matière d'octroi et de renouvellement de privilèges en établissement est la portion qui aura le plus d'impact sur la pratique médicale non seulement en établissement, mais hors établissement.

Nous devons avouer que l'objectif n'est pas clair. La volonté de revoir les façons de faire actuelles devrait, selon nous, uniquement viser l'amélioration de l'accès aux soins médicaux et créer plus de souplesse dans la gestion de l'offre des soins médicaux par les médecins exerçant en établissement. Malheureusement, nous croyons que le moyen préconisé risque d'avoir l'effet contraire et de causer plus d'effets secondaires négatifs que bénéfiques.

Les articles 26 à 28 du projet de loi imposent l'obligation à tous les conseils d'administration d'établissement d'ajouter des obligations rattachées à la jouissance de privilèges à tout engagement de médecin ou de dentiste. Le premier octroi de privilèges n'est valable que pour un an, et tout renouvellement peut être d'une durée de un à trois ans. Il est conditionnel au respect des obligations rattachées aux privilèges.

Le temps consacré à l'octroi et au renouvellement des privilèges en établissement a toujours été minimal et a fait l'objet de discussion pour les rares cas présentant un problème où le conseil d'administration pouvait déjà, et cela n'est donc pas nouveau, assortir les privilèges de restrictions ou d'obligations ou simplement ne pas les renouveler.

Il faudrait peut-être s'interroger sur les raisons pour lesquelles ces pouvoirs ont été si peu utilisés dans le passé. Imposer une telle mesure, de façon systématique, sans déterminer à l'avance ce que l'on n'entend pas «obligation», ouvre la porte à une lourdeur administrative qui peut compromettre l'offre de services médicaux dans l'établissement. Cela est d'autant plus vrai que les établissements sont maintenant à l'échelle d'une région et que les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens sont constitués de centaines voire de milliers de médecins et dentistes, pharmaciens, et que le processus envisagé par le projet de loi laisse entrevoir une tâche colossale.

Puisque le processus se fera sur une base annuelle dans la plupart des cas, a priori, il est difficile de cerner le gain attendu par rapport à l'effort requis. Si le résultat du processus de renouvellement amenait à des décisions de non-renouvellement de privilèges, on imagine facilement le débordement de contestations au Tribunal administratif du Québec de même que le risque de découvrir certains services ou départements cliniques localement faute d'avoir respecté, selon un barème d'évaluation encore à venir, les fameuses obligations rattachées aux privilèges dont on ne connaît pas la nature, sans parler du fait que le rôle policier qu'on donnera aussi au poste de DSP, directeur des services professionnels, et du président du CMDP ne sera pas de nature à attirer les candidats. Nous espérons que l'intention réelle du projet de loi n'est pas de favoriser un tel désengagement des médecins aux tâches médicoadministratives.

Selon nous, l'alourdissement du processus d'octroi et de renouvellement de privilèges en établissement pourrait ressembler à scier la branche sur laquelle est assis le décideur, en l'occurrence le conseil d'administration, et de placer celui-ci en situation de conflit d'intérêts entre son mandat de faire respecter les obligations du médecin et sa propre obligation d'assurer l'accessibilité aux services de l'établissement.

L'expérience des dernières années a démontré largement que, s'il y avait des obligations qui devaient être rattachées à des privilèges, ce serait un outil d'exception et non pas une règle à imposer à tous.

• *(20 h 30)* •

Lorsqu'on parle d'obligations d'une partie, il y a nécessairement des obligations réciproques de la part de la partie qui les impose. Or, sur ce point, le projet est muet. Où sont les obligations des établissements envers les médecins de fournir des ressources humaines et techniques permettant au médecin de respecter ces obligations qu'on lui impose? Où sont les obligations du ministère de la Santé et des Services sociaux d'assurer aux établissements les ressources suffisantes pour soutenir l'obligation faite au conseil d'administration d'assurer l'accessibilité aux services? Là aussi, le projet de loi est silencieux, et, si le passé est garant de l'avenir, la tendance est plutôt de restreindre les ressources que de les augmenter.

De plus, l'article 7, même s'il vise le renforcement de la première ligne, utilise le levier des privilèges hospitaliers pour y rattacher des obligations supplémentaires hors établissement aux médecins de famille. Cette mesure a explicitement pour but de combler les besoins des médecins de famille de première ligne.

Le collège anticipe qu'elle aura un impact direct sur les stages de formation que doivent suivre ses médecins. En effet, depuis l'adoption du projet de loi n° 20, nous avons observé une augmentation significative du nombre de stages à organiser pour les médecins de famille qui doivent adapter et réorienter leur pratique professionnelle pour tenir compte des nouvelles obligations imposées par ces lois. Nos règlements à nous, le collège, imposent en effet à tout médecin qui commence à exercer la médecine dans un nouveau domaine où il n'a jamais exercé ou d'avoir exercé un domaine... de ne pas avoir exercé dans un domaine pendant trois ans la réussite d'un stage dans ce nouveau domaine d'activité. Il n'y a pas de doute que cet article 7 exacerbera le besoin de... et congestionnera davantage les lieux de stage. De plus, il est surprenant que l'établissement influence la pratique hors établissement par l'imposition d'obligations rattachées aux privilèges qu'il octroie.

Enfin, on ne peut que souligner le vide dans le projet de loi en ce qui concerne toute préoccupation sur la qualité des soins dispensés. On semble tellement préoccupé par le contrôle du cadre de pratique ou presque exclusivement celui des médecins qu'on en oublie la finalité. Plutôt que de faire travailler les CMDP et les DSP sur des renouvellements de privilèges, nous aurions souhaité, le Collège des médecins, davantage de temps consacré à l'évaluation de la qualité de l'acte.

Nous rappelons que l'objectif n'est pas seulement de donner des soins, mais de faire en sorte que ces soins soient pertinents et de qualité, une dimension complètement évacuée de tous les projets de loi touchant le réseau de la santé depuis 2014. S'il y avait au moins une obligation imposée aux établissements en plus de fournir des ressources adéquates à la dispensation des services, ce serait bien d'évaluer la qualité des services afin de réduire, sinon d'éliminer la non-qualité qui coûte très cher au système.

Le ministre désire contrôler l'exercice des médecins en établissement en s'octroyant le pouvoir de modifier les règlements internes de l'établissement, que ce soient ceux du conseil d'administration, du CMDP ou des départements de tout autre conseil. Tel que mentionné précédemment, nous suggérons que, si des modifications devaient être apportées à des règlements, ces modifications devraient prioritairement viser l'amélioration de la qualité des soins médicaux. Merci.

Le collège profite également et à nouveau... l'occasion de souligner qu'il devrait avoir accès aux données sociosanitaires pour pouvoir exercer son rôle de protection du public par l'évaluation de la qualité des soins médicaux. Faisant allusion à des projets en ressources informationnelles, l'article 10 de ce projet fait référence aux techniques informationnelles et mentionne, au paragraphe b du deuxième alinéa, qu'il contribuera à l'amélioration de la qualité, l'efficience et la performance du système québécois de santé en permettant une gestion et une utilisation maîtrisée de l'information sociosanitaire. Ce n'est pas la première fois qu'une telle affirmation se retrouve dans une loi, et, selon nous, elle tient davantage de la bonne intention, du voeu pieux, que de la réalité.

Au risque de se répéter, le Collège des médecins réitère, à l'occasion de cette commission parlementaire, sa demande d'avoir accès aux banques de données sociosanitaires auxquelles nous avions accès pendant des années afin de surveiller la pratique médicale et ainsi avoir accès aux outils nécessaires pour exercer notre mandat d'ordre professionnel de protection du public.

Le collège souhaite également que le plan d'organisation de nos centres hospitaliers favorise davantage une bonne dispensation des services que ce que prévoit cette loi. L'article 19 établit la constitution de 11 départements cliniques dans un centre hospitalier. Il faudra créer plus de souplesse dans son application afin d'éviter les conflits potentiels entre deux départements. Pour exemple, si le service d'hématologie couvre un aspect de laboratoire qui peut être rattaché au département de biologie médicale, on ne peut négliger son aspect clinique, qui doit être rattaché au département de médecine spécialisée. Il en est de même pour quelques autres spécialités médicales. À cet égard, le collège estime pertinent que le projet de loi prévoie un pouvoir discrétionnaire de dérogation au ministre.

En conclusion, le collège s'interroge sur le véritable but poursuivi par ce projet de loi et ne peut qu'exprimer des réserves sur les effets néfastes que plusieurs mesures pourraient avoir, en particulier les nouvelles conditions d'octroi de privilèges des médecins, pharmaciens, dentistes en établissement.

Le collège insiste sur la nécessité de placer l'évaluation de la qualité des services au même niveau que leur accessibilité et d'inclure les obligations de résultat non seulement aux médecins, mais également aux établissements et ministères. M. le Président, voilà.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup pour cet exposé, qui était d'une exactitude de 10 minutes. Vous avez respecté le temps imparti de 10 minutes, on vous en remercie.

M. Bernard (Charles) : Oui, merci. On a l'expérience maintenant.

Le Président (M. Merlini) : Oui, tout à fait. Vous connaissez...

M. Bernard (Charles) : Comme on dit en bon québécois, on est domptés.

Le Président (M. Merlini) : Oui, en effet. Alors, nous allons débuter la période d'échange avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le ministre, vous disposez d'un bloc de 24 minutes. À vous la parole.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Dr Bernard, Dr Robert, merci d'avoir pris le temps de nous avoir préparé ce court mémoire, mais qui... bon, vous avez livré le contenu de façon sentie. Et je vais commencer par répondre à une question que vous vous posez. C'est quoi, le but réel? Ce n'est pas le pouvoir du ministre, mais c'est de faire en sorte que, dans le réseau, ça fonctionne correctement. Ça se résume à ça. Et, si vous me dites aujourd'hui que, comme Collège des médecins, vous considérez qu'actuellement notre système réglementaire, administratif, professionnel garantit un fonctionnement sans faille de notre réseau, bien, je vous indique à m'indiquer ça.

M. Bernard (Charles) : ...observations, M. le ministre?

M. Barrette : Alors, si vous pouvez m'expliquer qu'actuellement, là, les règles de fonctionnement actuelles permettent de pallier aux problèmes que l'on voit, bien, expliquez-moi ça, là.

M. Bernard (Charles) : Je ne vous dis pas que ça va bien dans le réseau, au contraire. On a entendu, dans l'intervention précédente, que le comité des plaintes est débordé. Alors, je pense que ça, c'est un indicateur que ça ne va pas si bien que ça dans le réseau de la santé quand on est débordé de plaintes. Alors, nous, ce qu'on essaie de faire dans notre travail, c'est justement de traiter ces plaintes-là et de diminuer les plaintes.

Je pourrais vous répondre que, nous, dans notre juridiction à nous, puis on vous l'a répété puis on le répète à tout le monde sur toutes les tribunes, c'est qu'on ne peut pas faire notre travail pleinement, que partiellement, parce qu'on n'a pas accès à toutes les données. Mais on se fait harceler constamment, harceler par toutes les parties : Pourquoi vous n'intervenez pas dans tel, tel dossiers? Mais on n'a pas les données puis on ne peut pas vous aider. Et ça, ça vous aiderait grandement si on avait accès à ces données-là pour votre travail, vous aussi, les parlementaires et le ministère de la Santé.

Alors, moi, je pense qu'il y a un chemin à faire, puis là, bien, dans ce projet de loi là, malheureusement, on n'a pas cette possibilité-là encore d'avoir accès à ces données-là qui pourraient aider grandement à améliorer le système de santé.

Quant à la réponse, ce qu'on est intervenu, nous, c'est qu'on veut qu'il y ait plus d'intervention sur l'évaluation de la qualité. Et vous savez que c'était... quand on a établi ça, les conseils des médecins et dentistes, ça devait être une de leurs tâches principales. Je comprends que l'octroi de privilèges, c'est important pour le cadre de pratique. Alors, peut-être qu'on a chacun une obsession. Vous, vous avez l'obsession de bien encadrer la pratique et de bien encadrer la pratique dans les établissements, et moi, j'ai une obsession, c'est celle de la qualité et de l'évaluation de la qualité. Je ne pense pas que nos deux obsessions sont incompatibles, mais il faut s'entraider puis il faut aussi donner les instruments à ceux qui ont l'évaluation de la qualité à coeur, qui va... Comme je vous l'ai dit dans notre mémoire, si la qualité n'est pas au rendez-vous, bien, les coûts vont exploser. Je ne sais pas si mon collègue Dr Robert veut ajouter quelques commentaires là-dessus.

M. Robert (Yves) : Bien, tout ce que je dirais essentiellement, c'est que, s'il y avait des failles jusqu'à maintenant, ce n'est probablement pas dans la question de l'encadrement en établissement du travail des médecins qui est le problème. On a eu plusieurs cas où, effectivement, les pouvoirs étaient présents et n'ont pas été utilisés par les conseils d'administration. Est-ce qu'en l'obligeant dans une loi on va faire en sorte que ça va effectivement régler le problème? On a des doutes.

M. Barrette : Bien, je suis content d'entendre que vous constatiez, vous aussi, qu'il y a des problèmes. Maintenant, je constate, à la lecture de votre mémoire puis à vos commentaires, que, quand vient le temps de vous donner des outils à vous, on doit être très, très affirmatifs et interventionnistes légalement. Quand c'est le temps d'avoir un encadrement législatif qui touche les médecins, vous m'êtes apparu, dans votre présentation et dans votre mémoire, très défensifs. Alors, c'est comme si, à quelque part, la protection des médecins faisait partie de votre mandat, et, vous l'avez bien dit, votre mandat est la protection du public.

Alors, quand je lis votre mémoire, il est assez négatif pour tout ce qui touche de contraignant les médecins, mais, quand c'est du côté du gouvernement, bien, mettez dans la loi l'obligation de livrer la qualité, mettez dans la loi la possibilité pour nous d'avoir une duplication des données sociosanitaires comme à la RAMQ. Il me semble qu'il y a un déséquilibre dans votre position.

• *(20 h 40)* •

M. Bernard (Charles) : C'est qu'actuellement «obligation», il n'est pas défini. Alors, pour nous, ça ne veut rien dire. Là, vous allez me dire que c'est dans les règlements, ça va suivre, mais on ne peut pas se prononcer sur les

obligations. Nous, on vous en donne, des obligations, là, on voudrait que ce soit plus l'évaluation de la qualité et que, si on oblige des médecins... s'ils ne font pas l'évaluation de la qualité de leur travail à l'hôpital, on peut les sacrer dehors. Ça, ça en est une, obligation. Et ça, c'est celle qu'on prioriserait, le Collège des médecins. Je ne sais pas si tu as quelque chose à ajouter.

M. Barrette : Dr Robert, l'évaluation de la qualité de l'acte médical, c'est de votre ressort?

M. Robert (Yves) : ...avoir les bons outils pour le faire.

M. Barrette : Et je vais aller à la question suivante. Qui fait l'évaluation de la qualité de l'acte médical au nom du collège dans les institutions, dans les hôpitaux?

M. Robert (Yves) : Le CMDP. C'est leur mandat.

M. Barrette : C'est le CMDP. Alors, le CMDP, là, vous venez de nous dire, là, que... vous venez de nous confirmer que vous avez une distance avec les institutions, et conséquemment ce n'est pas vous qui allez dans les hôpitaux faire l'évaluation de l'acte, c'est le CMDP et ses différents comités.

M. Robert (Yves) : Je vous corrige juste sur un petit point. Quand nous faisons les visites d'établissement, parce que les inspections, nous ne faisons pas que des inspections de médecins individuels, nous faisons des inspections d'établissement où le travail que nous faisons dans les établissements, c'est de s'assurer que les CMDP font leur travail, donc on a un contrôle sur le rôle que font les CMDP dans les établissements et on leur fait des recommandations pour qu'ils fassent adéquatement leur travail.

M. Barrette : Voilà. C'est exactement mon point, Dr Robert. Alors, si le CMDP, pour toutes sortes de raisons, a des difficultés, on va dire ça comme ça, vous pourriez me répondre : On manque de volonté, vous pourriez me répondre ça. Mais, si cet environnement-là institutionnel résulte dans un travail qui est incomplet, bien, il faut que quelqu'un fasse quelque chose. Ou bien c'est vous autres, ou bien c'est nous autres, ou bien c'est ensemble, mais quelqu'un doit faire quelque chose.

M. Robert (Yves) : Ce que vous faites dans votre projet de loi, c'est de forcer le CMDP à consacrer le temps qu'il devrait donner à l'évaluation de la qualité dans l'évaluation et le contrôle des obligations des médecins dans le but d'un renouvellement de privilèges.

M. Barrette : Non. Ce que l'on fait dans le projet de loi, c'est d'attacher éventuellement les obligations qui seront convenues probablement entre toutes les parties pour faire en sorte que le CMDP ait des leviers et précisément des éléments d'analyse qui lui permettent de prendre une décision au renouvellement de privilèges.

Maintenant, juste comme ça, là, informez-nous, éclairez-nous, là. À votre connaissance, vous avez été, je pense, au moins momentanément tous les deux, comme moi, dans un hôpital, comment ça se passe un renouvellement de privilèges aujourd'hui dans un hôpital?

M. Bernard (Charles) : J'ai toujours été dans un hôpital, pas momentanément, pendant une trentaine d'années.

M. Barrette : Bien, le moment peut durer longtemps, là.

M. Bernard (Charles) : Alors, on peut en parler, de l'expérience. Mais, avant de répondre à cette question-là, j'ai bien aimé votre commentaire, on devrait le faire ensemble. Hein, vous avez dit : On le fait, vous le faites ou on le fait ensemble. Moi, j'aime bien le concept de le faire ensemble. Effectivement, la qualité de l'acte, on ne peut pas, nous... on peut faire des recommandations à l'hôpital, mais il y avait déjà des dispositions qui étaient en place, mais le monde dormait au gaz, là. On s'entend-u? Il y a du monde qui dormait au gaz dans les établissements de santé. Bien, je m'excuse, mais c'est ça qu'il faut dire.

Quand on fait des recommandations puis qu'elles ne sont pas appliquées, nous, on n'a pas le pouvoir d'aller les imposer, on fait des recommandations. Et ce qu'on peut faire, c'est qu'on peut vous écrire une lettre puis on peut vous faire une recommandation en tant que ministre, et vous avez le pouvoir d'imposer à vos commettants dans le réseau, qui sont les D.G. et les autres, mais ça, c'est un mécanisme qui existait déjà, on s'entend.

Et maintenant pour répondre pour le renouvellement de privilège, le renouvellement de privilège, là, c'est que la majorité des gens, comme vous dites, on regardait les compétences, on regardait s'ils faisaient le travail auquel on les avait engagés, si vous voulez, dans leur spécialité, dans leur département, s'ils font la liste de garde, etc., et, si toutes ces choses-là étaient remplies, automatiquement ils étaient renouvelés. Alors, moi, je pense que, déjà, il y avait un certain nombre d'obligations, hein, et ceux qui étaient des marginaux, parce qu'il y en a toujours puis il y en aura toujours, hein, c'est notre rôle de surveiller ça, eux étaient, si vous voulez, non renouvelés ou renouvelés avec conditions, etc.

Alors, c'est comme ça que ça fonctionne et c'est comme ça, je pense, que ça fonctionne encore. Même si, depuis quelques années, je suis au Collège des médecins, je suis en contact quotidien, comme vous, d'ailleurs, avec des médecins qui sont en pratique médicale, et on a quand même les échos de ce qui se passe sur le terrain, parce qu'on aime ça dire ça, «le terrain», là, mais moi, j'appelle ça les hôpitaux, ce n'est pas un terrain.

M. Barrette : Je vous invite à me corriger si je dis quelque chose qui vous apparaît incorrect. Un médecin, pour renouveler ses privilèges, remplit un simple formulaire qui a, en général, deux pages à quintuple interligne, là. Et, s'il n'y a personne qui a fait de recommandations de quoi que ce soit au CMDP, bien, le renouvellement, à toutes fins utiles, là, est automatique, là. Prenez un hôpital de 400 médecins, là, il n'y a pas un bilan de la pratique des 400 médecins qui se fait aux trois ans, parce que les privilèges, en général, sont aux trois ans. Le renouvellement des privilèges aujourd'hui est une formalité administrative sur formulaire et du même type que le formulaire que l'on remplit pour être membre de l'ordre, qui est le Collège des médecins. Ce n'est pas une critique du Collège des médecins, mais je dis simplement que, dans notre réseau institutionnel actuellement, là, les privilèges, on remplit un formulaire. Et j'irais même jusqu'à vous dire que, sur le côté de maintien des compétences, disons que l'évaluation est sommaire. Il y en a une, mais elle est sommaire.

Maintenant, si, dans le fonctionnement, et là je parle simplement sur le plan organisationnel et non de la qualité de l'acte, si, sur le plan fonctionnel, organisationnel il y a des accrochages, ce n'est pas là nulle part. Quand je dis «accrochages», ce n'est peut-être pas le bon mot. Je veux le mettre... le dire de la façon la plus vénielle possible. Mais, quand on parle d'accès au réseau de la santé... Et je sais que vous, au collège, je le sais par expérience, vous êtes régulièrement... puis vous n'aimez pas ça — puis là je vous invite à me corriger là aussi — quand un médecin vous appelle pour chialer contre un problème d'organisation entre docteurs puis l'hôpital. Puis des fois, surtout quand c'est entre docteurs, les docteurs vous envoient des plaintes. Vous n'aimez pas ça. Puis je vous comprends parce que ce n'est pas ça, vous, votre territoire. Mais, ce n'est pas grave, il y a des gens qui vous mettent ça sur la table, là, en disant : Oui, mais là c'est parce que ça nuit à ci, ça nuit à ça. Et il me semble que ce genre de chose là, c'est vrai que ce n'est pas à vous autres de gérer ça, c'est à l'administration. L'administration, elle, a-t-elle les leviers pour régler ça? C'est ça, pour moi, qui est l'enjeu.

Ce n'est pas un enjeu professionnel. Ce n'est pas enjeu... oui, ça l'est, là, mais professionnel/organisationnel. Ce n'est pas un enjeu de police. C'est un enjeu d'avoir des règles claires, qui sont dissuasives au sens où... Regardez, là, l'hôpital marche mal, ce service-là marche mal, ce département-là marche mal, deux services et/ou départements marchent mal ensemble parce que vous n'avez pas le bon sens professionnel de vous entendre. Bien, en général, quand on regarde ces situations-là, il y a des indicateurs, des éléments qu'en général n'importe quelle organisation — c'est toujours simple, ces affaires-là — peuvent établir et dire : Bien là, regarde, là, la priorité, là, qui est le patient, là, c'est ça, hein? L'organisation est faite pour le patient, et, si, pour des raisons comportementales, vous nuisez à l'organisation qui est l'institution hospitalière, bien, au bout de la ligne, il y a des patients qui sont lésés. Et, si c'est ça, votre comportement, bien là, à un moment donné, là, vous pourrez peut-être aller travailler ailleurs.

• *(20 h 50)* •

Et je vais donner un exemple que j'ai donné cet après-midi, et ça, ça va certainement résonner chez vous, au collège. Une spécialité médicale qui fait 50 actes différents. Vous avez vu ça? Je l'ai vu moi, là, hein? Vous avez un médecin, là, qui arrive, là, puis qui dit : Ah! non, là, moi, là, ça ne m'intéresse, là, les actes 1 à 12, ça ne m'intéresse pas. Ce qui m'intéresse, c'est 37 à 50 ou, entre les deux, j'en ferai de temps en temps. Vous savez, là, que ça, ça existe. Ce n'est pas de votre ressort. Ce n'est pas à vous autres à débarquer à l'hôpital. Même si le confrère vous dit : Écoutez, ce gars-là, là, il nuit, il ne fait pas les examens, il ne fait pas les procédures, il ne fait pas telle opération, il ne voit pas tel type de patient à sa clinique externe, ne faut-il pas que l'organisation ait un levier? Parce que, là, on n'est plus dans la qualité de l'acte. Le CMDP, c'est la qualité de l'acte, c'est une extension de vous, pas légale, mais c'est une... oui, légale, mais ce n'est pas un bras du collège officiel, là, mais c'est une extension de vous dans la qualité de l'acte dans l'esprit de la protection du citoyen. Mais, dans l'organisation, là, ceux et celles, puis là c'est la partie médicale de la loi n° 130, qui ont un comportement qui altère l'organisation et qui conséquemment altère peut-être même la qualité des soins, mais certainement l'accès... Dans l'exemple que je viens de donner, ce n'est pas de la qualité, c'est de l'accès. Mais c'est un problème d'accès et de qualité parce qu'à un moment donné, si quelqu'un choisit un profil, puis c'est toujours l'autre qui l'a, on peut imaginer toutes les conséquences que ça peut avoir médicalement sur la population. N'y a-t-il pas lieu que notre réseau dispose de règles qui ont une certaine uniformité pour faire en sorte que les gens qui ont la responsabilité de gérer ça puissent agir au renouvellement, par exemple?

Vous, au collège, là, juste de même, là, vous n'avez pas un code de déontologie à géométrie variable d'un hôpital à l'autre, hein? C'est un code de déontologie qui est pas mal pareil. Il est comme pas mal uniforme, hein? Puis, si vous allez dans un gros hôpital, la déontologie est la même que dans un petit hôpital, hein, en ville comme en région. Vous avez un code qui est ce qu'il est. Il est assez explicite à certains égards. Je vais prendre un exemple. Les baux, hein? Il y a eu, à un moment donné, les baux. Un bail à Gaspé, c'est comme un bail à Montréal, hein? Vous avez des règles qui sont uniformes. Pourquoi en médecine, là, pourquoi, quand on parle de ça, ça devient un péché mortel, ça devient une montagne infranchissable, il ne faut pas toucher à ça parce que c'est l'autonomie professionnelle?

M. Bernard (Charles) : Je vais juste répondre 30 secondes puis je laisse mon ami... Décidément, vous avez multiplié les questions. La première chose, c'est que c'est que c'est vrai qu'il y a un formulaire, mais il y a un comité d'examen des titres dans un hôpital qui devrait être fonctionnel. Il ne faut pas laisser croire aux gens qui sont ici présents qu'il y a simplement un formulaire. Et je vous l'ai dit tantôt, il y a des gens qui ont peut-être dormi au gaz là-dedans parce qu'il y a des mécanismes déjà. Quand vous me... Moi, je suis entièrement d'accord avec vous qu'il faut avoir des dents quand il y a des conflits puis qu'il faut régler des problèmes. On en est, nous, puis c'est ce qu'on veut. Mais, dans les hôpitaux, il y a des chefs de département. Là aussi ils n'ont peut-être pas fait leur job. Vous avez travaillé dans des départements. Puis il y a eu des chefs de département. Et, si vous, si vous, vous n'étiez pas capable de faire tous les gestes, votre chef de département, il aurait dû... Vous avez été chef de département?

M. Barrette : ...puis j'ai réglé les problèmes.

M. Bernard (Charles) : Bon, donc, dans votre tâche, vous deviez dire à votre collègue : Eh! Joe, tu ne fais pas ça, il faut le faire. Alors, voyez-vous, il y avait déjà un certain nombre de mécanismes. Il ne faut pas laisser croire qu'il n'y a pas de mécanismes. Peut-être que les mécanismes n'ont pas été pleinement, si vous voulez, appliqués. Et là, j'en suis, il faut les faire appliquer. Je vais laisser mon collègue continuer dans la même...

M. Barrette : Avant de passer la parole, je veux juste faire le commentaire tout de suite pour pas qu'on se perde, là. Je peux vous dire une chose, quand j'étais chef, il y a plein de choses que ça m'a pris des éternités, des éternités, c'est encore plus long que l'éternité, à régler parce que je n'avais pas le levier réglementaire, parce que la réglementation actuelle ne permet pas de résoudre certaines situations.

M. Robert (Yves) : Pour répondre à votre question, malgré votre expérience de chef de département, je peux vous dire que, la plupart du temps, les exemples que vous nous avez donnés, lorsqu'on nous appelle pour avoir des solutions, la plupart de ces situations-là pouvaient être réglées par la réglementation actuelle et la loi actuelle sur la santé et les services sociaux. Et c'est souvent par méconnaissance de la part des DSP et des chefs de département où... on les référait pour dire : Avant de nous appeler, avez-vous fait telle chose, telle chose, telle chose? Formations que nous avons données avec l'ACMDPQ, formations que nous avons données à... Et on répète toujours la même chose : Vous avez des pouvoirs et vous ne les utilisez pas. Donc, une des questions, c'est : A-t-on véritablement... Et vous nous dites : Oui, on va voir à l'usage que ça prend effectivement plus de pouvoirs.

J'ai un certain scepticisme sur le fait qu'effectivement ces nouveaux pouvoirs prévus par le projet de loi n° 130 vont changer la situation de façon aussi dramatique que vous semblez le croire. Je le souhaite, éventuellement, que ça puisse se faire. Mais je ne parle pas d'autonomie du professionnel ici. On parle juste d'aspect pragmatique de fonctionnement des établissements. Le processus qui est proposé dans le projet de loi n° 130 va alourdir le processus inévitablement. Il va y voir inévitablement des contestations et il va y avoir inévitablement des conseils d'administration qui vont être placés en conflit d'intérêts entre leurs besoins de ne pas découvrir certains services et le besoin de faire appliquer les règles d'octroi et de renouvellement de privilèges. C'est tout ce qu'on dit.

M. Barrette : Je vais reprendre exactement votre argument, mais je vais le dire d'une façon différente. Vous nous dites, par votre dernière intervention, que les gens ont actuellement toutes les règles ou pouvoirs nécessaires pour régler des situations problématiques, mais le problème, c'est qu'ils ne les exercent pas, O.K.? Admettons que je sois d'accord à 100 % avec vous, ce n'est pas ça que je dis, là, mais admettons que vous ayez raison à 100 %, bien, le problème reste entier.

Si les gens qui sont en place, pour toutes sortes de raisons, par incompréhension, par faiblesse, par conflit d'intérêts, pour toutes sortes de raisons, ne le font pas, n'est-il pas souhaitable — c'est la balance des pouvoirs, «check and balances», comme les États-Unis, là — qu'une autre entité puisse avoir ne serait-ce qu'un pouvoir déclencheur de la bonne procédure? Actuellement, là, je prends votre exemple, votre phrase, votre narratif, tout le monde aurait théoriquement la capacité de régler les problèmes. Moi, je vous dis que c'est non, la réponse à ça, pour l'avoir expérimenté moi-même longtemps. Pourquoi?, parce que... Et pas expérimenté juste moi-même. Ayant été au CMDP moi-même pendant 11 ans, je l'ai déjà dit à plusieurs reprises ici, j'ai le record de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 11 ans avec un de mes collègues, le Dr Thibault, il est à la retraite, 11 ans, je les ai toutes vues, les patentes, les problèmes, et il manquait toujours un levier réglementaire pour agir parce qu'évidemment, quand on agit, qui apparaît tout de suite après? Un avocat. Et là, l'avocat, lui, il dit : Bien là, dans la loi, dans les règles, dans ci, dans ça, vous ne pouvez pas faire ci, vous ne pouvez pas faire ça. Et là, comme le Dr Arata, que vous connaissez bien, évidemment, de l'ACMDP... lui, il n'a pas expliqué pourquoi, là. Mais on sait bien, là, que, quand il nous dit que ça prend deux ans à résoudre un problème avec une personne, c'est parce qu'après ça arrive le juridique, qui invoque que les règles ne sont pas claires, puis que ça, ça ne dit pas ça, et que patati, et que patata. Qui subit la conséquence? Le patient.

Alors, à un moment donné, peut-être qu'il faut que les règles soient claires pour qu'à un moment donné il y a des gens qui se disent : Bien, je ne devrais peut-être pas faire ça parce que, là, les règles sont claires. Quand l'avocat va venir, il va me dire que, hum! mauvaise idée d'avoir eu tel comportement.

Alors, je prends votre exemple, votre narratif, puis, au bout de la ligne, là, même si je suis 100 % d'accord avec vous puis même si vous avez, vous, 100 % raison, en pratique, dans la vraie vie, là, ça ne fonctionne pas. Donc, ne doit-on pas avoir une tierce partie qu'on doit limiter? Puis là je vais vous dire une chose, qu'on doit limiter, ça ne peut pas être un pouvoir dictatorial absolu de l'administration, là, ça ne peut pas être ça. Il doit y avoir un juste milieu raisonnable, que tout le monde convient, mais qui s'incarne ou qui est incarné dans une réglementation qui est utile. Là, actuellement, on a des choses qui... pas qui ne sont pas utiles, mais elles ne sont pas utiles dans le sens où elles ne s'exercent pas.

Et, quand je dis ça, là, je suis sûr que je vous rappelle plein de souvenirs de diverses causes que vous avez eues parce que, oui, je le sais, là, puis j'en ai vu moi-même, on sait, on finit par savoir ce qui se rend chez vous...

M. Bernard (Charles) : ... peut-être pas de se rappeler de tous ces souvenirs-là, mais...

M. Barrette : Bien, je suis bien d'accord avec vous parce que ce n'est pas toujours édifiant.

M. Robert (Yves) : Mais qui se sont résolus, soit dit en passant, malgré l'absence du projet de loi n° 130.

M. Barrette : Je vous dirais qu'ils ne se sont pas tous résolus. Et ce que je vous dirais aussi, c'est qu'il peut y avoir un problème ponctuel qui se résout, je suis d'accord avec vous. Malheureusement, le problème est souvent remplacé

par un autre générateur de problèmes. C'est souvent comme ça, hein? Et on règle un problème avec une situation, puis il y a quelqu'un ou quelques-uns qui arrivent en arrière puis ils recréent la même affaire, puis on recommence à zéro, puis c'est un éternel recommencement. Et, comme le Dr Arata a dit cet après-midi, ce n'est pas vrai que c'est comme ça mur à mur, là, mais il arrive un moment donné où il y en a juste un peu trop.

M. Robert (Yves) : C'est la raison pour laquelle on aime beaucoup l'approche préventive et la raison pour laquelle, depuis plusieurs années, on a développé un atelier sur le médecin perturbateur, atelier qui est extrêmement populaire et qui permet de régler les choses sans avoir nécessairement recours à des mesures coercitives.

M. Barrette : ...qu'on se rejoint. Vous, vous êtes préventifs, moi, je suis dissuasif.

M. Robert (Yves) : Travailler ensemble est prometteur.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le ministre. Nous allons du côté de l'opposition officielle. Mme la députée de Taillon, vous disposez de 14 min 24 s pour votre bloc d'échange.
• *(21 heures)* •

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Bonsoir, Dr Bernard, bonsoir, Dr Robert. Alors, on va essayer d'être constructifs, hein. Je pense que ce qu'il faut, c'est qu'on apporte une meilleure coordination des soins à nos patients, des soins synchronisés, des soins performants. Et, à travers tout ça, je pense qu'on cherche tous de solutions, mais il est sûr qu'on a un problème et qu'il faut faire mieux. Alors, on va essayer de trouver mieux.

Moi, j'avais une question, si on revient un peu plus au projet de loi, l'article 7. L'article 7 est vraiment, et vous en faites mention dans votre mémoire, il dirige vraiment le respect du plan de répartition des médecins de famille en première ligne, et ça cible vraiment cette catégorie, en tout cas, de médecins. Est-ce que vous pensez que les spécialistes n'auraient pas aussi, jusqu'à un certain point... Pourquoi on exempte les spécialistes de ce mécanisme de contrôle un peu plus rigoureux et les spécialistes aussi qui exercent à l'extérieur, parce qu'on a des dermatologues, on a des physiatres, on a des ophtalmologistes, qui, eux, sont complètement exonérés, là, de ces processus-là? Alors, est-ce que vous trouvez que c'est normal qu'on cible les médecins de famille principalement dans un article, là, spécifique sur les médecins de famille?

M. Bernard (Charles) : Bien, écoutez, la lecture qu'on en a faite, on vous en a fait part tantôt, on pense que c'était pour résoudre le problème de première ligne, qui est un problème criant. Nous, ce qu'on a perçu comme problème pour nous, c'est qu'il y a des gens qui ont des pratiques exclusivement hospitalières en médecine de famille, et ça va causer un problème pour eux, puis ils vont être obligés de faire des stages. Ça, c'est sûr et certain.

Avec la loi n° 20, on a vu, comme on l'a dit, énormément de médecins qui se sont préparés à aller travailler en première ligne à l'extérieur des établissements, et nous, on est bien d'accord avec ça. Le seul problème, c'est que, si ça devient une très grosse vague, bien, peut-être qu'il va y avoir un manque de ressources en intrahospitalier pour faire un certain nombre de tâches, à moins qu'il y ait tellement de spécialistes qui prennent la place que ça règle le problème, mais ça, je ne le vois pas dans un immédiat, là. Mais ce que vous dites, c'est que vous voulez... ce que vous essayez de nous faire comprendre, c'est que...

Mme Lamarre : ...projet de loi n° 20 et dans ce projet de loi n° 130, il y a des problèmes d'accès, mais qui ne sont pas strictement hospitaliers, qui concernent aussi le milieu ambulatoire et qui concernent une bonne répartition des effectifs. Ce qu'on voit, ce qu'on essaie de déduire du projet de loi du ministre, là, c'est d'aller chercher plus d'imputabilité et d'assurer un meilleur service, un meilleur accès, autant à l'hôpital qu'en première ligne. Dans cette première ligne, on exclut toute une catégorie de spécialistes. Est-ce que c'est normal? Les dermatologues, par exemple, là...

M. Bernard (Charles) : En majorité, les spécialistes travaillent en intrahospitalier. Ça s'est développé dans les dernières années que les médecins ont commencé à aller offrir des services parce qu'ils n'avaient plus la possibilité et les ressources, et humaines et techniques, pour faire leur travail en intrahospitalier. Alors, qu'est-ce qu'ils ont fait? Ils sont allés en communauté puis ils offrent des services parallèles. Et ça a créé tous les problèmes que vous connaissez, etc., là. On ne recommencera pas le débat.

Mme Lamarre : Même à l'intérieur de l'assurance maladie, les dermatologues actuellement, là, c'est un réel enjeu. Les gens ne réussissent pas à avoir un rendez-vous avec un dermatologue en milieu ambulatoire. Et ça nous est rapporté, là, fréquemment, beaucoup de gens qui nous disent : C'est un an pour avoir un diagnostic. Et les diagnostics en problèmes cutanés, ça peut être grave aussi. Donc, ils sont encore exclus, là. Moi, ce que je vois, c'est qu'ils sont encore... il n'y a pas... il n'y a rien dans le projet de loi parce que l'article 7 cible spécifiquement les médecins de famille. On ne couvre pas du tout...

M. Bernard (Charles) : ...travaillent en établissement...

Mme Lamarre : ...des groupes de professionnels spécialistes, de médecins spécialistes, qui contribuent aussi à l'accès ou au non-accès.

M. Robert (Yves) : Ils sont en services spécialisés, c'est-à-dire en deuxième ou en troisième ligne. Donc, visiblement, cet article-là ne vise que la consolidation de la première ligne à l'extérieur des établissements. Donc, je

pense que ceux qui sont visés ici, c'est particulièrement les médecins de famille qui ont une pratique hospitalière sinon exclusive, du moins majoritaire, pour les ramener, si je peux dire, en milieu extrahospitalier. Ça peut valoir pour certains milieux où les ressources hospitalières sont bien comblées. Mais il y a des régions du Québec où les services hospitaliers sont couverts presque exclusivement par des médecins de famille. Donc, à un moment donné, il va falloir voir...

Puis c'est assez étonnant parce que c'est la première fois que je vois dans un projet de loi, je ne les connais pas tous et je ne suis pas un expert dans le domaine, c'est la première fois où je vois l'association d'un octroi de privilèges en établissement pour avoir un effet hors établissement. C'est un peu spécial comme façon de fonctionner.

Donc, on organise également et on donne un certain pouvoir au moins indirect aux établissements pour influencer l'organisation des services dans la région à l'extérieur des établissements, ce qui est un pouvoir énorme du conseil d'administration à ce moment-là. Maintenant, est-ce que ça va régler le problème? C'est une autre question. Puis on peut forcer quelqu'un à y aller, est-ce que ça va nécessairement faire en sorte que les conditions vont être optimales en première ligne? C'est une autre question.

Mme Lamarre : Et, comme vous le dites, dans certaines régions, on a besoin de ces médecins-là à l'hôpital aussi. Donc, il faudra que... les privilèges pourraient être enlevés en ville, dans certains milieux urbains, et maintenus... Donc, les conseils d'administration vont devoir recevoir des consignes du ministre pour dire quels sont les privilèges...

M. Robert (Yves) : Ou dans d'autres régions.

Mme Lamarre : ...parce qu'un CMDP, en principe, il va évaluer des... En fait, ce que vous dites aussi, c'est qu'il n'y a aucune information sur la responsabilité du ministre et qu'est-ce qu'il demande au CMDP d'apprécier quand il va faire l'évaluation des privilèges. Ce n'est pas précisé, ça.

M. Robert (Yves) : Oui, puis il faut...

Mme Lamarre : On n'a que la portion de ce que les médecins vont devoir faire, mais pas la portion de ce que le ministre attend d'eux.

M. Robert (Yves) : Puis il va falloir mesurer les impacts parce qu'éventuellement, si on demande aux médecins de famille qui font de l'hôpital exclusivement et qu'on les force à aller à l'extérieur de l'hôpital, il va falloir qu'il y ait d'autres médecins qui les remplacent à l'hôpital, vraisemblablement des médecins spécialistes. Mais faire suivre des patients de façon générale par une équipe de médecins spécialistes peut éventuellement coûter un peu plus cher que de les faire suivre par un médecin de famille, par exemple. C'est d'autres impacts indirects qu'on ne mesure pas.

Mme Lamarre : Pour les gens qui nous écoutent, dans la période des fêtes, il y a eu des situations assez pathétiques, là, des ruptures de services, un anesthésiste à Matane, un chirurgien, anesthésiste aussi aux Îles-de-la-Madeleine. Vous imputez ça à qui, ces problèmes-là? Et est-ce que vous pensez que le projet de loi n° 130 peut apporter une solution à ce genre de situation là? Parce que, là, vraiment, on est dans la protection du public. On est vraiment... Et là ce n'est pas juste de la qualité des soins, là. Je suis obligée de vous dire, ce n'est pas juste de la qualité, c'est une garantie d'offre de services, c'est une continuité. Moi, j'étais pharmacienne il y a 20 ans, puis, quand un médecin partait en vacances, il s'assurait toujours que quelqu'un prenait la relève. Maintenant, ce n'est plus le cas. Il part en vacances, puis il arrivera ce qui arrivera à ses patients. Comment on coordonne tout ça? Comment on rend ça plus imputable à l'endroit de la population? C'est ça, l'enjeu.

M. Bernard (Charles) : Oui, mais, d'abord, on ne voudrait pas rentrer dans des cas particuliers parce qu'il y a peut-être des éléments qui ne sont pas cités dans votre exemple. Par exemple, que peut-être quelqu'un a pris les mesures pour se faire remplacer, puis c'est le remplaçant, peut-être, qui s'est désisté à la dernière seconde, hein? Alors donc, il faudrait faire attention quand on...

Mme Lamarre : ...sur le remplaçant. On se rejoint, là, même s'il a pris...

M. Bernard (Charles) : Oui, oui. Donc, il faut faire attention quand on discute de cas particuliers. C'est pour ça que je ne voudrais pas qu'on fasse de cas particulier ici. D'ailleurs, je ne pense pas qu'une assemblée comme ici doit régler des cas particuliers. Je pense qu'on essaie de voir l'ensemble du portrait...

Mme Lamarre : Mais c'était pour illustrer. Je ne ciblais pas spécifiquement.

M. Bernard (Charles) : Et, nous, ce qu'on dit, c'est que le danger d'enlever des privilèges à quelqu'un de façon très, très... si c'est fait de façon plus cavalière, c'est justement de couper des services à des endroits où les ressources sont plus rares.

Écoutez, moi, je rêve du jour où il y a énormément de médecins partout. Vous n'en aurez plus, de ce genre de problème là, puis on n'aurait même pas ce genre de discussion là. Mais là on a des politiques qui font que le nombre de médecins par établissement, par région, est décidé de façon... par le ministère. Donc, on est... des contraintes, on est contingentés, hein, on est contingentés dans nos effectifs médicaux, et il faut vivre avec ça. Alors, si, dans un endroit, il

manque de ressources, il faut que ça soit, là, celui qui décide du contingentement qui puisse envoyer des gens. Ce n'est pas les organismes d'évaluation, que ça soit le CMDP ou quoi que ce soit. Ils vont faire des efforts pour en trouver, mais ceux qui font les règles du jeu doivent établir les règles du jeu pour les remplacements puis, comme vous le dites, pour avoir des ressources nécessaires à Matane, par exemple, l'exemple que vous donnez.

• *(21 h 10)* •

Mme Lamarre : Je vois votre recommandation 2, et je vous avais entendu la faire également dans le projet de loi n° 118, qui demande que le projet de loi intègre une disposition pour permettre au Collège des médecins d'avoir accès aux données sociosanitaires afin de surveiller les pratiques médicales et d'assurer son mandat de protection du public. On le voit, là, il y a des enjeux de respect des horaires du côté des hôpitaux, il y a des enjeux de différentes natures, mais celui-là en est un de disponibilité.

Quand vous dites : Nous, on veut s'occuper de la qualité, est-ce que vous entrez ça dans la qualité? Parce que, là, on a un peu l'impression que la RAMQ dit : Ce n'est pas tout à fait à nous de le faire. Vous, vous dites : Nous, on se concentre plus sur la qualité. Mais il n'y a personne qui se sent responsable de dire : Il faut une garantie de disponibilité de soins pour la population. Et, si on ne peut pas le faire, bien, faisons le meilleur qu'on peut avec les effectifs médicaux qu'on a, déléguons ou permettons à d'autres professionnels d'en faire un peu plus. Vous l'avez fait avec certains, mais je pense qu'on peut le faire encore beaucoup plus.

M. Bernard (Charles) : Mais là vous faites une hypothèse que personne n'est capable de vérifier. Alors, moi, j'ai bien de la misère avec ça, des hypothèses. Il y a plein de monde, les critiqueux, là, qui nous disent : Ah! il y a ci, il y a ça, mais les gens marchent sur des impressions. Le Collège des médecins, on ne marche pas sur des impressions.

Alors, moi, si vous me dites : Je vais vous donner les données, on va regarder c'est quoi, les disponibilités d'un médecin dans un hôpital, est-ce qu'on peut l'évaluer. Mais là de dire : On pense qu'on a peut-être des problèmes de disponibilités, non. Non, moi, je ne peux pas accepter ça. Il faut que j'aie des preuves. Alors, si vous voulez des recommandations puis des choses qu'on peut suggérer, ça nous prend accès à des données, et là on pourrait le faire.

Il y a plusieurs années, avant que les lois sur les informations personnelles arrivent, on avait accès à ces données-là. On a fait plusieurs recommandations qui ont changé des pratiques médicales au Québec. Je me souviens, par exemple, qu'on avait révisé toutes les appendicectomies qui s'étaient faites au Québec pendant un certain nombre d'années pour s'apercevoir qu'il y avait peut-être un problème de pratique dans ce milieu-là, et on a resserré les critères et on a resserré la pratique là-dedans, puis aujourd'hui, bien, il y en a beaucoup moins dans notre observation nous. Mais, quand on veut évaluer les pratiques médicales de différents hôpitaux ou de différents milieux et différentes régions, il faut avoir accès à ces données-là, qui existent, en passant, et là ça nous ferait plaisir de les analyser et de faire des recommandations en amont.

Mme Lamarre : Mais je ne voudrais pas vous reteniez que... ou la population qui écoute... Ça a été rapporté par des gestionnaires, ça a été rapporté à plusieurs occasions que, dans certains hôpitaux, il y a des délais. Bon, il y a des délais, le médecin arrive à 8 h 30 le matin pour une bonne raison, il est allé porter ses enfants à garderie, mais l'équipe, elle, attend depuis 7 heures. Il y a des gains d'efficience, là, il y a un impact. À la fin de la journée, là...

M. Bernard (Charles) : Je pourrais vous dire que dans un... en réponse à ça...

Mme Lamarre : Tout le monde connaît un patient qui s'est fait dire : Bien, on pensait vous opérer aujourd'hui, puis ça ne sera pas aujourd'hui, ça va être dans une semaine. Il peut y avoir d'autres raisons, mais, des fois, on le sait, là, ça existe, ça, ça existe.

M. Bernard (Charles) : ...l'exemple qui est négatif...

Mme Lamarre : Moi, je voudrais juste que vous me disiez qui en est imputable, selon vous, actuellement.

M. Bernard (Charles) : ...mais on pourrait vous dire que le médecin, il est peut-être arrivé à 6 heures du matin, il a fait sa tournée, il a une complication et qu'il est arrivé un petit peu plus tard à l'hôpital. Puis ce n'est pas parce qu'il est allé reconduire ses enfants, puis ce n'est pas parce qu'il s'est chicané avec sa femme.

Alors donc, il faut faire attention quand on fait ce genre d'affirmation là. Moi, je suis toujours... parce que nous, on en enquête, des affaires comme ça, puis on s'aperçoit que ce n'est pas toujours la première impression qui est la bonne. Alors, vous le savez, vous avez déjà participé à des enquêtes dans votre propre domaine. Alors, il faut être très, très prudent quand on fait des grandes affirmations comme ça. Il peut avoir d'autres raisons qui font que l'organisation d'un département... Et là encore, je vous le dis, c'est une question de disponibilité de ressources humaines et techniques.

Mme Lamarre : Je ne cherche pas de coupables, je veux juste que, dans l'hypothèse où ce serait ça, Dr Bernard...

M. Bernard (Charles) : Si on ne garantit pas... non, mais, si on ne garantit pas que les médecins ont assez de personnel pour faire le travail, ou des heures de bloc opératoire, ou quoi que ce soit, vous avez beau leur taper dessus, ils ne pourront pas en faire plus que ce qu'ils ont comme capacité d'aide.

Mme Lamarre : Moi, je veux juste que vous me disiez quelle est l'instance qui, dans un contexte où il y aurait cette situation-là qui serait récurrente auprès d'un médecin, avec des bonnes raisons, là... Je peux vous dire des endroits

précis où on m'a dit que ça existait et qu'il y avait eu des démarches qui avaient été faites pour trouver des solutions. Mais ça existe cette situation-là. On ne peut pas nier, là, que ça n'existe pas nulle part au Québec. Moi, je veux que vous me disiez, dans le contexte actuel, si on n'a pas la loi n° 130, quelle est l'instance qui a l'autorité pour régler une situation d'un médecin qui arrive plus tard, par exemple, d'un chirurgien qui arrive plus tard.

M. Bernard (Charles) : Bien, d'abord, il y a le CMDP, le chef de département, le DSP, puis le directeur, ultimement, puis le conseil d'administration peut le mettre dehors.

Mme Lamarre : O.K. Mais, vous, ça ne rentre pas dans la qualité, ça ne rentre pas dans votre inspection de la qualité.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec l'opposition officielle. Nous allons maintenant du côté du deuxième groupe d'opposition. M. le député de Lévis, vous disposez d'un bloc de 9 min 36 s. À vous la parole pour terminer notre soirée.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Dr Bernard, Dr Robert. Je ne pense pas qu'il y ait là... en tout cas, j'écoute tout, là, puis, je veux dire, c'est sûr que ça implique bien des choses, un projet de loi comme celui-là, mais je n'ai pas l'impression qu'ici le but de l'exercice, c'est de trouver des coupables puis d'attaquer un ou l'autre en fonction d'affirmations vraies, fausses, validées ou pas, mais il y a aussi des constats. Vous en êtes, hein, je lisais, là, le Collège des médecins, le Collège des médecins, est l'ordre professionnel des médecins québécois, et sa mission, là, sur votre site : «Une médecine de qualité au service du public.» Alors, vous êtes là pour ça, là. Vous êtes là pour ceux et celles qui nous écoutent et nous regardent, ceux qui sont là, qui constatent qu'eux, par exemple... et j'en ai des cas, moi, qui me sont rapportés, là, des gens qui ont vu des opérations reportées pour un million de raisons, mais à quelques reprises, à plusieurs reprises. On a des listes d'attente qui sont longues. Vous le savez, on en a souvent parlé. C'est des gens qui sont longtemps... et on aimerait ça que ça soit en bas, que ça soit dans les sites ministériels, mais ce n'est pas toujours le cas. Alors, on parlait de problème de découverture, on parlait de... il y en a, des soucis.

Vous nous dites, dans votre document... il y a... D'abord, vous finissez puis vous dites très clairement, vous dites : Ce projet de loi là vise l'accessibilité quasiment au détriment de la qualité. Est-ce que je vais trop loin en disant ça ou c'est votre perception? C'est ce que j'ai compris un peu, beaucoup.

M. Robert (Yves) : Vous comprenez bien.

M. Paradis (Lévis) : Bon, pour ceux et celles qui sont là, la crainte, votre crainte profonde, là, d'un projet de loi comme celui-là, quand vous dites : C'est un projet de loi qui vise l'accessibilité au détriment de la qualité, là, il y a des gens qui s'inquiètent : Ah! ça veut-u dire... je vais sûrement être mal soigné, puis je vais être mal opéré, puis je vais être mal traité, là. Les gens, là, tu sais, l'utilisateur du système de santé, le patient, il n'a pas vos compétences puis vos connaissances, là. Lui, il veut... il y a le résultat, puis il y a l'attente, puis il y a l'ignorance aussi, puis vous êtes aussi là pour l'aider là-dedans.

C'est quoi, votre crainte majeure d'avoir un projet de loi comme celui-là? En quoi ça va brimer, ça va toucher la qualité si ce projet de loi là devient loi?

M. Bernard (Charles) : Écoutez, il n'enlèvera pas de la qualité, là, on s'entend là-dessus. On dit simplement qu'il l'ignore. Alors, je pense que et l'accessibilité et la qualité sont deux concepts qui vont de pair. Alors, nous, on pense qu'on devrait ajouter le concept de qualité.

Moi, je veux bien que tout soit accessible, hein? On peut envoyer sa voiture, pour faire une comparaison boiteuse, chez le mécanicien, puis c'est accessible tout de suite, mais le gars, il va donner trois, quatre coups de marteau sur votre moteur puis il va dire : Va-t'en, puis c'est bien correct. Il y a de l'accessibilité. Vous l'avez vu, le mécanicien, mais vous sortez avec le même problème ou le problème tout croche. Alors, nous, on dit : On veut bien donner de l'accessibilité, mais on veut aussi qu'il y ait de la qualité en arrière de ça. C'est notre rôle à nous.

Alors, moi, j'explique à ceux qui vous écoutent et qui nous écoutent ici que, nous, notre rôle, c'est, pour eux autres, de s'assurer que, même si c'est accessible, si c'est de la chnoutte, bien, ça ne donne pas grand-chose de plus. Nous, on veut que ça soit accessible et de qualité, c'est ça, notre message. Je ne sais pas si tu as quelque chose à ajouter là-dessus. C'est assez clair, ça?

M. Paradis (Lévis) : Moi, je le comprends. J'ai l'impression que, moi... écoutez, j'ai la ferme conviction qu'un n'empêche pas l'autre, que la qualité de nos professionnels...

M. Bernard (Charles) : Au contraire.

M. Paradis (Lévis) : Bien, c'est ça.

M. Bernard (Charles) : Au contraire.

M. Paradis (Lévis) : La qualité de nos professionnels fait en sorte que, quand bien même il y aurait plus d'accessibilité, ils ont ce devoir, cette volonté-là... et d'ailleurs, vous en êtes pour surveiller, pour faire de la qualité, malgré

l'accessibilité. Moi, je pense que c'est deux concepts qui se rejoignent à quelque part. Je ne sais pas si... vous pouvez l'exprimer autrement, si vous voulez. La crainte que vous exprimez, moi, en tout cas, j'ose espérer qu'on n'ait pas à craindre ça si tout devient plus accessible, que ce sera toujours ce même standard là, sinon on est mal pris.

M. Robert (Yves) : Sauf que le concept que le projet de loi propose, c'est que ce n'est que par la coercition qu'on va y arriver.

M. Paradis (Lévis) : Alors, je vous repose une question : Pourquoi, si on a tous les leviers... Vous avez dû vous poser la question, là. Au-delà de votre participation ici et de ce que les gens et les médecins vous rapportent, pourquoi, si on avait tous ces leviers-là, pourquoi, s'ils existent tous, ces leviers-là, si le CMDP peut faire quelque chose, si les directions peuvent faire quelque chose, si les chefs de département peuvent faire quelque chose, comment se fait-il que mois après mois, année après année, on arrive avec des constats où on dit : Ah bien, regarde donc, là, il a manqué quelque chose, là, il y a encore des attentes, là il y a encore... Pourquoi... Qui ne fait pas quoi?

• *(21 h 20)* •

M. Bernard (Charles) : Je vais vous illustrer un exemple. Le Collège des médecins débarque dans un hôpital, un établissement, excusez, appelez-le comme vous voulez maintenant, là. C'est ce qu'on fait. On s'aperçoit que l'évaluation de la qualité n'est pas faite adéquatement, on s'aperçoit qu'il y a des choses, dans certains départements, qui ne fonctionnent pas. On questionne les gens en place. Il y avait tous les mécanismes. On leur dit : Vous devriez faire ci, vous devriez faire ça. On vous donne six mois pour que ce soit appliqué puis on revient. Pourquoi ils sont capables de le faire si on leur explique quoi faire? Parce qu'ils ne se l'ont jamais fait expliquer avant, parce que... il y a... On a parlé d'ignorance, tantôt. Alors, il y a bien des gens qui ont de l'ignorance de ce qu'ils avaient comme responsabilités. Il n'y a pas eu de formation, il n'y a pas eu de prise de conscience des pouvoirs que les gens avaient. Et, quand on débarque puis qu'on explique ces choses-là à un chef de département... M. le ministre, il a été chef de département, il était probablement plus informé que la majorité. Mais il y en a qui prennent ça puis qui se disent : Quand un médecin s'en va en médecine, c'est pour faire quoi? De la médecine. C'est clair ça? Il n'est pas là pour être un administrateur, d'abord et avant tout. Il n'est pas là pour faire la police. Il est là pour faire de la médecine. Et là on... peut-être qu'on a eu des faiblesses en...

Parce que vos prédécesseurs ici, à l'Assemblée nationale, ce n'étaient pas des caves quand ils ont fait ces lois-là puis qu'ils ont fait les conseils d'administration avec les CMDP tels qu'on les connaît. Ils ont essayé de mettre en place des mécanismes de contrôle, et tout ça, qu'ils pensaient les meilleurs. Mais on a oublié une grande partie, c'est de former le monde puis de les informer de ce que c'était comme pouvoirs. Alors, ça, là, c'est ça, la faiblesse de notre système actuellement.

M. Paradis (Lévis) : Je comprends, Dr Bernard, je comprends ce que vous dites. Je veux dire, quand tu dis à quelqu'un : Regarde, tu as ce pouvoir-là, exécute-le, tu l'as. Puis là, bien, c'est bon de lui dire parce qu'il ne le savait peut-être pas ou il ne s'en rendait pas compte pour je ne sais pas quelle raison. Reste que ce n'est quand même bien pas d'hier qu'on se parle de ce qu'on se parle là. Ici, là, dans nos fonctions actuelles puis dans les fonctions aussi que vous avez depuis longtemps puis que j'ai eues précédemment... on en a fait des débats là-dessus, des débats publics, là, aussi là. Ce n'est pas d'hier, là. Alors, je comprends que, depuis tout ce temps-là, on n'a pas été capables d'informer les professionnels des devoirs qu'ils avaient.

M. Bernard (Charles) : Je vais laisser mon collègue... mais je peux vous dire qu'il y a beaucoup de milieux qui le font correctement. Puis ce n'est pas tous les milieux qui sont problématiques, puis je pense que le ministre, dans une de ses interventions tantôt, vous l'a bien souligné. Lui-même s'est donné en exemple comme étant un exemple de chef de département puis qu'il réussissait à résoudre des problèmes. Peut-être ça prenait un peu de temps, mais il les résolvait quand même. Et je peux vous dire qu'il y a énormément d'hôpitaux au Québec qu'on inspecte qui le font correctement. Il y en a qui ne le font pas correctement, et je vous ai donné les raisons pour lesquelles. Mais je vais laisser mon collègue Yves compléter.

M. Robert (Yves) : Pour répondre aussi brièvement à votre question, un des gros problèmes qu'on a, puis ça ne touche pas que le réseau de la santé, c'est le problème de la responsabilisation. On me demande souvent de résumer le Code de déontologie des médecins en un seul mot. Très simple : responsabilisation. C'est ça, le problème. C'est qu'on peut avoir tous les pouvoirs qu'on veut, il y a des individus là-dedans. S'ils ne se sentent pas responsables ou qu'ils ne sentent pas qu'ils ont la force pour pouvoir aller de l'avant, bien, il n'y a rien qui va changer, malgré toutes les lois que vous allez adopter. Une loi ne permet pas de responsabiliser les gens.

M. Paradis (Lévis) : Je vous poserais une dernière question puis je parlais tout à l'heure, hein, d'attente pour des... Bon, les gens sont bien au courant de l'autre dossier, des radiographies non lues. Vous le savez, vous connaissez le dossier également. Dans sa forme actuelle, là, adoptée telle quelle, est-ce que vous avez l'impression que cette loi-là aurait le pouvoir réel de faire en sorte que des radiographies non lues le soient?

M. Bernard (Charles) : Écoutez, j'ai bien de la difficulté à vous répondre à cette question-là parce que ce que je comprends de la loi, c'est que, s'il y avait des radiographies non lues, puis qu'on imposait à des médecins de le faire, puis qu'ils ne voulaient pas le faire, ils seraient évacués de l'hôpital ou ils seraient non renouvelés de leurs privilèges. Et là ils vont se ramasser avec moins d'effectifs pour faire la job. C'est ça que je comprends.

M. Paradis (Lévis) : ...Dr Bernard, parce que pourquoi un médecin ne voudrait pas les faire?

M. Bernard (Charles) : C'est ça que je ne comprends pas.

M. Paradis (Lévis) : Merci.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député de Lévis. Dr Bernard, Dr Robert, représentant le Collège des médecins du Québec, c'est toujours un plaisir de vous recevoir. Merci de votre contribution aux travaux de la commission.

L'ordre du jour étant épuisé, j'ajourne donc les travaux au mercredi 8 février, après la période des affaires courantes, où la commission poursuivra son mandat. Merci et bonne fin de soirée.

(Fin de la séance à 21 h 24)