



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Étude détaillée du projet de loi 120 — Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (32)

Le mardi 20 août 1991 -- No 101

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Articles en suspens

Chef de département clinique (suite)	CAS-5775
Le directeur des services professionnels	CAS-5795
Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	CAS-5820

Intervenants

M. Jean A. Joly, président

M. Marc-Yvan Côté
M. Rémy Trudel
M. Guy Chevette
Mme Cécile Vermette
Mme Denise Carrier-Perreault

- * M. Juan Roberto Iglesias, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * M. Maurice Charlebois, idem
- * Mme Laurence Demers, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
70 \$ par année pour les débats de la Chambre
Chaque exemplaire: 1,00 \$ - Index: 10 \$
La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi
disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$
Dans les 2 cas la TPS et la TVQ s'ajoutent aux prix indiqués

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
5, Place Québec, bureau 195
Québec, (Québec) G1R 5P3 tél. 418-643-2754
 télécopieur: 418-526-0381

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le mardi 20 août 1991

Étude détaillée du projet de loi 120

(Dix heures seize minutes)

Le Président (M. Joly): Bonjour. Je vous souhaite la bienvenue à toutes et à tous. Je déclare la séance ouverte.

Je rappelle le mandat de la commission. La commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à l'étude détaillée du projet de loi 120 qui est la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Mme la secrétaire, vous a-t-on signalé des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Beaudin (Gaspé) sera remplacé par M. Khelifa (Richelieu).

Articles en suspens

Chef de département clinique (suite)

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la secrétaire. Au moment, disons, d'ajourner hier soir, nous en étions à l'article 141.3 qui était sur le point d'être adopté.

M. Trudel: Vous disiez qu'on était au cinquième alinéa, n'est-ce pas?

Le Président (M. Joly): Cinquième alinéa, exactement.

M. Trudel: J'étais à poser la question sur... Bon. On a éclairci la question de faire la liste de garde en ce qui regarde le département clinique concerné dont il est le chef et ça nous avait permis d'aborder la question de la garde à la salle des urgences. Et le dernier élément de réponse que vous m'avez fait là-dessus, c'est de dire: Le service d'urgences, la salle d'urgences relève d'un département. Je ne pense pas avoir eu la réponse claire, c'est-à-dire: Est-ce que le service d'urgences relève toujours d'un département dans l'organisation hospitalière?

M. Iglesias (Juan Roberto): Il relève ou il est un département.

M. Trudel: Ou il est un département. Dans tous les cas?

M. Iglesias: Dans tous les cas.

M. Trudel: La question du service d'urgences, de la salle d'urgences n'est pas, en soi, abordée dans ce projet de loi au niveau de la liste de garde et des services. Bon. Est-ce que vous prévoyez, suite à la publication du rapport

du GTI, avoir de nouvelles dispositions en ce qui concerne le service de garde à l'urgence? Ou les services d'urgences en général?

M. Iglesias: Au niveau du GTI, les recommandations portaient sur la possibilité pour l'urgence d'être un département et également sur la possibilité, étant un département, à ce moment-là, que le médecin qui est responsable des services professionnels à l'urgence puisse parler à ses pairs comme les autres membres du département, des départements, les autres chefs de département. C'est ça qu'est la question, je pense, que vous abordez. Mais il n'y a rien dans la loi qui s'oppose à ça actuellement.

M. Trudel: S'il n'y a rien qui s'y oppose, c'est quoi l'intention du ministre là-dessus ou l'intention du ministère?

M. Iglesias: C'est de laisser la latitude aux établissements de donner ce qui convient le mieux au niveau de leur structure.

M. Trudel: Et en général?

M. Côté (Charlesbourg): C'est de laisser l'autonomie au niveau de chaque établissement de déterminer si c'est un département ou si ce n'en est pas un, sinon auquel il se rapporte. Mais, évidemment, une des difficultés que nous avons comme message, c'est que ce n'était pas toujours la première des préoccupations dans certains centres hospitaliers. Donc, c'était un des constats du GTI. Évidemment, il y a des messages assez clairs qui ont été envoyés un peu partout, avec 61 rapports dans les 61 hôpitaux visités. Il y a des réajustements assez importants qui se font, mais toujours en maintenant une certaine souplesse au niveau de l'établissement quant au mode d'organisation qu'il veut se donner.

M. Trudel: Si vous donnez suite à la suggestion ou à la possibilité que ce soit départementalisé au niveau de l'urgence, ça implique que nous reconnaitrions, que vous reconnaitriez des effectifs. On va appeler ça des effectifs médicaux, à temps complet, dédiés à cela. Mais ça voudrait dire aussi la reconnaissance de l'urgentologie comme spécialisation.

M. Iglesias: Ça, c'est une autre question.

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'est une autre question. Reconnaitre les urgentologues, ça, c'est une autre question qui fait l'objet de discussions et d'échanges. Il y a des opinions partagées là-dessus qu'il faut, je pense, respecter. On en

n'est pas, à ce moment-ci, à reconnaître l'urgentologue ou pas, ce qui amènerait supposément ou obligatoirement un département de l'urgence systématique et automatique dans chaque centre hospitalier. Ça, c'est une autre question qui...

M. Trudel: Par ailleurs, sauf erreur, un des constats majeurs du GTI, c'est que pour les services d'urgences dans les salles d'urgences, un des problèmes, c'est qu'il n'y a pas de "boss" là-dedans, n'est-ce pas? C'est-à-dire, la coordination est assez difficile. Là, je veux revenir mettre ça en relation avec le quatrième dispositif qui, pour certains départements en radiologie, pour le laboratoire de biologie médicale et la pharmacie, donne la responsabilité de toutes les ressources au chef du département. Est-ce qu'un des éléments de solution n'est pas à l'urgence aussi, au niveau de l'unité de direction, de commandement et de la suite, et peut-être pas sous l'aspect scientifique que vous avez souligné hier quant aux résultats obtenus dans les départements? N'y a-t-il pas là une des clés qui est de départementaler cette fonction dans l'hôpital et d'y inclure toutes les ressources? Est-ce que ça a été examiné? Est-ce que c'est un facteur important dans la solution du fonctionnement des urgences?

M. Iglesias: Le GTI ne souligne pas qu'il y a une problématique de coordination des ressources qui oeuvrent à l'urgence, type infirmière, par exemple, ou médecin. La problématique soulignée, c'est au niveau de certaines salles d'urgences, de la coordination entre les différents départements cliniques et également le lien avec certains départements comme la radiologie et les laboratoires. Ce n'est pas au niveau de la gestion des ressources infirmières et la coordination des ressources à l'urgence même. C'est le fait que le GTI souligne que, dans certains centres hospitaliers, lorsque arrive une problématique où il faut demander l'avis d'un autre médecin qui vient d'un autre département, à ce moment-là, il y a des délais. Lorsqu'on demande un examen de laboratoire, il peut y avoir des délais parce qu'il n'y a pas de "priorisation" pour l'urgence.

Mais la solution suggérée n'est pas dans la gestion des ressources mêmes de l'urgence par le chef de département clinique, ça, c'est bien clair. Donc, la solution est différente. À ce moment-là, la solution est plutôt de mettre quelqu'un en charge au point de vue médical qui va être capable de traiter d'égal à égal avec les autres chefs de département et qui n'aura pas nécessairement un pouvoir hiérarchique sur les infirmières ou l'autre personnel qui travaille à l'urgence comme tel.

M. Côté (Charlesbourg): C'est d'avoir accès, et rapidement, à des ressources spécialisées. Donc, rapidement, c'est à ça que...

M. Trudel: On a des problèmes, effectivement, en particulier avec les services de laboratoire. On a de la difficulté à assurer la continuité des opérations, puisque, si on se présente à l'urgence, par définition, il y a souvent besoin d'analyses pour porter le diagnostic, et les ressources ne sont pas disponibles.

M. Iglesias: Le GTI... L'accent est mis sur la nécessité d'avoir un médecin en charge à l'urgence, responsable, qui a le statut ou un statut semblable à celui du chef de département. C'est ça qui pourrait résoudre ces éléments-là et non pas d'avoir un chef de département qui générerait des ressources autres que celles qui sont dans la salle d'urgences. C'est ça qu'est l'analyse.

Le Président (M. Joly): M. le député de Joliette.

M. Chevette: Devant l'importance que vous mettez aux chefs de département, ce matin, je n'arrive pas à comprendre que vous les ayez exclus au départ. Cependant, je comprends l'importance du rôle d'un chef de département, en particulier au niveau d'une coordination interservices. C'est sans doute la raison ultime qui a amené le ministre à modifier sa position de départ vis-à-vis des chefs de département.

Ceci dit, je voudrais savoir, par exemple, au niveau... Il arrive un impair au niveau des chefs de département. Ça ne fonctionne pas, il n'y a pas "priorisation" de l'urgence. Qui est habilité en vertu de la réforme? La réforme négociée, ce n'est plus la réforme Côté? Qui est habilité à trancher le dilemme, le litige?

M. Iglesias: C'est le directeur des services professionnels, on va le voir tantôt, qui a un pouvoir de coordination au niveau des chefs de département. Ça dépend, naturellement, de quel type de litige, mais là on parle surtout d'un litige de type organisationnel, avec des aspects d'organisation, soit de garde ou de réponse aux appels. À ce moment-là, c'est le directeur des services professionnels qui a l'autorité pour régler ça.

M. Chevette: Le DSP.

M. Iglesias: Oui. Il est là, il s'en vient.

M. Chevette: Il est revenu lui aussi dans la réforme. Qu'est-ce qui s'est passé?

M. Côté (Charlesbourg): Il était là au mois de juin. Il était là, lui.

M. Chevette: Oui, c'est vrai, lui, il était là au mois de juin.

M. Iglesias: Il est apparu.

M. Chevette: Le chef de département est arrivé avec la venue de M. Charlebois à la table.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non.

M. Iglesias: Le chef de département aussi était là.

M. Côté (Charlesbourg): Le chef de département était là aussi au mois de juin.

M. Trudel: C'est un retour par étapes.

M. Chevette: Oui, c'est vrai. Sur le plan des principes pas écrits, il était là au niveau de l'engagement verbal, en juin.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, c'était au mois de juin.

M. Chevette: Non, c'est vrai. Je reconnais ça.

M. Côté (Charlesbourg): Non, c'était avant les négociations.

M. Chevette: Non, mais c'est parce que...

M. Trudel: ...retour par étapes.

M. Chevette: C'est le retour, oui. Mais le DSP a donc...

M. Côté (Charlesbourg): Juste...

M. Chevette: ...le pouvoir parce que... C'est parce qu'il y a eu un litige entre le DSP, le CMDP et le D.G. au niveau de la responsabilité. Là, si j'ai bien compris, toute la dimension médicale relève du CMDP qui, lui, relève du conseil d'administration, mais le chef de département relève du DSP en ce qui regarde les relations médicales...

M. Iglesias: C'est ça, 141.3.

M. Chevette: ...et n'a pas d'affaire du tout au D.G. en ce qui regarde toute l'administration de la gestion médicale.

M. Iglesias: Non. C'est à travers le DSP. Alors, comme on dit, on va dire tantôt à 148.3: "1° diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique prévues à l'article 141.3", qu'on est en train de discuter.

M. Chevette: C'est exact.

M. Charlebois (Maurice): Le chef relève du DSP, lequel relève du D.G.

Une voix: C'est ça.

Mme Verrette: Parce que c'est les médecins d'un bord...

M. Chevette: Oui, c'est un fait, mais le CMDP, lui, relevant du conseil d'administration directement, c'est par incidence dans l'interaction du conseil que le D.G. apparaît. Mais, fondamentalement...

M. Charlebois: Exact.

M. Chevette: ...l'acte médical ne relève pas du D.G.

M. Charlebois: Au niveau des dimensions professionnelles, ça relève du CMDP, mais au niveau des dimensions administratives, donc à 141.3, il y a différentes responsabilités de gestion. À ce niveau, le chef est sous l'autorité du DSP lequel est sous l'autorité du D.G.

M. Chevette: Ça, c'est la nouvelle philosophie du projet de loi.

M. Côté (Charlesbourg): Non. Il faut bien se comprendre. Ça, c'est la négociation; ça, c'est le résultat de la négociation. O.K.

M. Chevette: Mais c'est ce qui est semblable à ce qui existait antérieurement...

M. Côté (Charlesbourg): Non.

Une voix: Non.

M. Chevette: ...à la loi.

M. Charlebois: Plus clair.

M. Côté (Charlesbourg): Beaucoup plus clair.

M. Charlebois: C'est semblable, mais plus clair.

Une voix: Bonifié.

M. Chevette: C'est bonifié, oui; c'est même accentué si mes lectures ont été bonnes. Il y a certaines choses qui n'apparaissent plus qui apparaissent et, même sur le côté médical, il y a plus dans la loi négociée que dans la loi antérieure. On pourra en parler plus tard, mais j'ai remarqué ça.

En d'autres mots, les principaux acteurs dans la réforme de la santé ont recouvré l'ensemble des pouvoirs en ce qui regarde toute l'administration de la gestion de l'acte médical comme tel.

M. Charlebois: Par principaux acteurs, vous entendez les établissements.

M. Chevette: Bien non. Vous comprendrez

que je parlais des médecins.

M. Charlebois: Non. Au niveau des chefs de département, les responsabilités qui...

M. Chevette: Allez-y, ça va bien.

M. Charlebois: ...apparaissent au niveau du chef de département, comme on l'indiquait hier, ont été enrichies par rapport à celles qu'on connaît dans la loi actuelle et il y a des précisions qui ont été apportées quant aux relations qu'il doit y avoir avec la structure administrative et avec la structure professionnelle. Et, en ce sens-là, pour les établissements, ce sont les réactions que nous avons obtenues jusqu'à présent. Pour les établissements, il s'agit d'une clarification de la situation qui est intéressante.

M. Chevette: Oui, pour les établissements. Vous ne pariez pas des clientèles à l'intérieur des établissements. Si on parlait des D.G. par rapport aux...

M. Côté (Charlesbourg): Bien, les D.G., ce n'est pas une clientèle.

M. Chevette: ...représentants de...

M. Côté (Charlesbourg): Les D.G., ce n'est pas une clientèle.

M. Chevette: Non, mais ce sont des acteurs.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui, des acteurs, des acteurs.

M. Chevette: Ils espéraient un rôle plus majeur que ça. Ha, ha, ha!
(10 h 30)

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Ça, on pourrait peut-être en parler un petit peu plus. On va en parler un peu plus quand on va arriver aux D.G.

M. Chevette: Bien oui, ça va être le "fun", ça.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, ça va être plaisant.

M. Chevette: Ça va être le "fun".

M. Côté (Charlesbourg): Ah oui!

M. Chevette: On a hâte. Ça va être le "fun" de vous voir rougir de colère. Non? Vous allez avoir le temps...

M. Côté (Charlesbourg): J'ai quand même pris des vacances.

M. Chevette: Oui et ça paraît. Juste un mot sur les...

M. Côté (Charlesbourg): J'espère qu'eux autres en ont pris.

M. Chevette: Eux autres, je ne le sais pas, ils étaient inquiets. J'ai parié à quelques-uns, mais ceci dit...

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment j'espère que, lorsque vous avez échangé, vous avez échangé sur la totalité des mesures qu'on inclut dans le projet de loi et qui ont fait un accord sur l'ensemble des responsabilités des directeurs généraux. Est-ce qu'il y a déjà un bon bout de fait?

M. Chevette: On a parlé de tout ça.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. O.K. Alors, je suis très heureux. Comme ça, ça devrait être assez équilibré.

M. Chevette: Oui, oui, ils ont hâte de voir le tout fini pour voir ce que ça a l'air, mais... Je voudrais parler deux mots des urgentologues parce qu'on a discuté depuis le début énormément de faire partager le boulot dans les urgences. On en fait quasiment une guerre avec les corps médicaux pour dire: Écoutez là, vous allez vous partager le boulot dans les urgences, sinon ça ne marchera pas, si bien que le ministre était prêt à relever ses manches puis dire: Vous allez le faire! En tout cas, il l'a dit.

Après que le ministre eut dit ça, on sent qu'il veut spécialiser des bonshommes pour les urgences. Il va falloir qu'il y ait une cohérence dans cela. Quelle est la pensée directrice, maîtresse du ministre et du ministère là-dessus? Est-ce de faire partager le boulot à l'urgence par l'ensemble des praticiens de la santé, les omnis et les spécialistes, ou est-ce de former une spécialité d'urgentologues? À ce moment-là, on fait de fausses batailles au Québec si une journée l'on dit qu'il faut que tout le monde participe et qu'il faut se séparer le boulot et le lendemain on dit: Bien, formons des spécialistes pour ça. À ce moment-là, on ne pourra pas chialer contre les médecins de CLSC qui ne veulent pas faire d'urgence, on ne pourra pas chialer contre certains médecins omnis qui ne veulent plus aller à l'urgence qui font, au dire de plusieurs, du "soft money" dans les cabinets privés, etc. C'est quoi la pensée directrice du ministère là-dessus?

M. Côté (Charlesbourg): Sur le plan des échanges et des questions d'ordre plus général il m'apparaît très évident que l'urgence doit être partagée par l'ensemble des intervenants de la profession médicale. On aura beau avoir un omni ou un urgentologue à l'urgence, si on n'a pas

accès à des spécialistes pour être capable de diagnostiquer rapidement et de régler les problèmes, on va continuer d'avoir des problèmes.

Évidemment, dans la fièvre de régler à peu près tous les problèmes, tout le monde a tenté d'apporter sa contribution et des médecins ont voulu se spécialiser - qu'on appelle aujourd'hui les urgentologues - et voudraient bien se voir reconnaître éventuellement comme une spécialité. Évidemment, dans la mesure où on le ferait aujourd'hui on va créer notre propre pénurie de personnel pour travailler au niveau des urgences. Il y a des omnibus qui font un très très bon travail au niveau de l'urgence et c'est l'ensemble de ces mesures-là qu'il faut examiner. C'est dans cet esprit-là que le ministère, avec le GTI, s'est penché sur un certain nombre de problèmes et de solutions aussi. Là-dessus, je laisserais le Dr Iglesias élaborer davantage.

Une chose est certaine c'est qu'à reconnaître des urgentologues, il y a un risque demain d'une pénurie très importante de médecins au niveau des urgences. Est-ce que ça veut dire pour autant qu'on ne doit pas spécialiser des médecins sur le plan de l'urgence? Je pense que là aussi il y a une vérité. C'est dans l'équilibre de tout ça, de toutes ces forces-là et de ces compétences-là qu'il faut trouver un mode d'opération qui nous permette de les utiliser au maximum et de donner du service à la clientèle au niveau des urgences.

M. Chevette: Avec un article comme 141.3 qui parle des responsabilités, des ressources humaines, etc., est-ce qu'avec un article de même ça vous permet de régler le cas de la Cité de la santé de Laval?

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Chevette: Sous quel angle? Comment vous le voyez?

M. Côté (Charlesbourg): C'est parce que ça a fait l'objet d'une discussion au cours des négociations de l'été parce que vous ne pouvez pas dire que, sur le plan des négociations, au cours de l'été on n'est pas arrivés avec un certain nombre de dossiers particuliers, comme l'hôpital Laval à Québec, la Cité de la santé de Laval, sur le plan des décisions, et un pouvoir qu'on a adopté ou convenu - je ne sais pas si on l'a adopté hier...

Une voix: Oui, oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...ou s'il fait l'objet de discussions - qui est réglementaire, qui est inclus dans la loi maintenant, qui nous permet de le faire.

M. Charlebois: C'est, entre autres, le dernier alinéa de 141.3 qui prévoit que, si un

chef néglige de faire des règles d'utilisation, le D.G. peut demander au DSP de le faire. On se souvient que, dans ce cas précis de la Cité de la santé, c'est un peu ce qui s'était produit. Les règles avaient été élaborées par le DSP et avaient été considérées comme non conformes parce qu'elles ne s'appuyaient sur aucun pouvoir pour ce faire de la part du DSP. Alors, c'est introduit.

M. Chevette: Donc, votre assise juridique sera dorénavant à 141.3, dernier alinéa.

M. Charlebois: En fait, c'est une assise juridique, mais ce qui peut être plus important, c'est le fait que des règles doivent exister, de tels règlements doivent être élaborés et on a mis en place les mécanismes pour qu'effectivement ils le fassent et, à défaut, que ce soit fait par le chef, que le D.G., via son DSP, puisse intervenir pour qu'effectivement de tels règlements soient élaborés.

M. Chevette: C'est parce que vous justifiez, à mon point de vue, par le dernier alinéa l'obligation d'avoir des directives. Mais la légalité des directives, moi, je suis loin d'être sûr que votre dernier alinéa - et je vais vous expliquer pourquoi... Si, en vertu de la loi de la corporation médicale, le médecin a l'ultime responsabilité, si, en vertu également de la loi constituante du ministère, c'est le ministre qui a l'ultime responsabilité, je ne vois pas - et je vous dis très honnêtement, sur le plan juridique, j'aimerais avoir des avis d'avocats - comment, sur le plan juridique, un DSP à l'intérieur d'un établissement puisse décider du sort de l'individu qui, lui, a des recours en vertu d'une charte. Quand on regarde tout ça sur le plan juridique, ça ne fait pas une assise juridique très très forte ça, 141.3. Le notaire dirait sûrement la même chose que moi.

M. Charlebois: Je suis certain qu'il va vous dire la même chose que je vais vous dire.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Ça, c'est... Je n'ai jamais vu un avocat contredire son porte-parole à date, mais vous pouvez y aller pareil.

M. Charlebois: En réalité, ce dont on parle ici, ce sont les règles d'utilisation des ressources. Donc, des règles qui deviennent un règlement du conseil d'administration. Et à 141.6, ce qui est prévu, c'est que les règles élaborées par le chef sont soumises au conseil pour adoption et ça devient un règlement. Les règles d'utilisation doivent comprendre des sanctions, doivent prévoir des sanctions s'il y a inobservation du règlement. D'accord? Quand ça devient un règlement du conseil et qu'il y a inobservation

du règlement, le chef peut demander au DSP d'appliquer la sanction. Sur la sanction, effectivement, il y a un recours et ça va à la Commission des affaires sociales. Ce qui s'est produit dans le cas qu'on a donné en exemple tout à l'heure, c'est qu'il y a une sanction qui a été prise contre un médecin. Il a utilisé ses recours et la décision qui a été prise par la Commission, c'est que la sanction ne pouvait pas être prise parce qu'il n'y avait pas véritablement de règlement. Alors, la boucle est bouclée.

M. Chevette: Je vous donne un exemple. D'ailleurs, je ne prendrai pas la Cité de la santé de Laval. Le vendredi après-midi, le DSP dit: Dorénavant, il n'y aura plus d'ouverture de salles d'opération parce que je ne ferai pas venir des infirmières pour le vendredi après-midi. C'est un cas véridique, ça. Ce n'est pas un cas hypothétique. Le médecin a l'obligation face à son client, son bénéficiaire, et il se dit: Si je ne l'opère pas, lundi matin, il peut être mort. Il se retourne vis-à-vis de son DSP, qui a l'autorité ultime à l'hôpital, et le DSP dit: Non, pas question d'entrer des infirmières. Le gars décède et il y a une poursuite. Comment vous placez-vous au ministère?

M. Côté (Charlesbourg): Dans le cas réel il n'y a pas eu de décès, là.

M. Chevette: Non, non. Mais je dis... Non, mais dans le cas réel il a été béni à mort.

M. Côté (Charlesbourg): C'est parce qu'on a dit que c'était un cas réel.

M. Chevette: Il a été béni. Mais ça, c'est la santé budgétaire avant la santé de l'individu. Je veux savoir, moi: La philosophie du ministère dans un tel cas, c'est quoi?

M. Iglesias: À ce moment-là, M. Chevette, je pense que dans un cas comme ça qui est un cas assez courant, ce n'est pas quelque chose... S'il y a une urgence, il y a différentes façons dont l'établissement peut gérer cette déclaration d'urgence. La plus classique, c'est d'accepter l'urgence. À ce moment-là, s'il y a vraiment - pour ne pas mettre la vie du bénéficiaire en danger - s'il y a une question soit du chef de département ou du DSP par rapport vraiment à la déclaration d'un état d'urgence, il fera évaluer le médecin par ses pairs. Ils prendront, ils concluront à savoir s'il y avait vraiment urgence, ou s'il y avait vraiment un abus de son pouvoir par rapport à ça.

Il ne faut pas non plus être naïf au point de dire que la technique... La déclaration du cas d'urgence est bien connue de l'administration hospitalière, pour forcer la main à l'utilisation des ressources. À ce moment-là, habituellement... Ce n'est pas dans un moment comme ça qu'on

juge le cas, mais on le juge a posteriori. On évalue l'acte qui a été déclaré un cas urgent, s'il y a matière à considérer la question, s'il y a des doutes par rapport à ça ou si ça se répète, si c'est toujours le même qui déclare le cas urgent le vendredi après-midi, ça arrive ça. Il y a des mécanismes qui permettent, au niveau du conseil des médecins et dentistes, des chefs de département du conseil des médecins et dentistes d'évaluer ça. C'est bien prévu comme ça. Sinon, c'est le DSP qui peut prendre sur lui toute cette responsabilité-là. Moi, je vais vous dire de façon générale, ce n'est pas une façon... À moins que ce ne soit vraiment un cas récidivant et chronique de déclaration d'urgence, habituellement, ce n'est pas une façon de...

M. Chevette: Non, mais il y a certaines spécialités qui... Quand on est dans le domaine du carcéo-vasculaire, par exemple...

M. Iglesias: Vous avez même, au niveau de la chirurgie cardiaque, l'indication d'une urgence par rapport à l'heure qui suit ou par rapport aux 24 heures ou par rapport aux 48 heures. Il y a beaucoup de marges. Aujourd'hui, avec la technologie qu'il y a, ça varie beaucoup. C'est une partie de l'évaluation de l'indication d'un acte, le moment où il faut le poser. Et, à ce moment-là, il faut s'en remettre aux mécanismes qui sont prévus pour l'évaluation, les mécanismes traditionnels et les mécanismes de contrôle de la profession. Je pense qu'avec ça, si c'est bien appliqué, les pairs vont être capables de justifier si l'intervention a été faite au bon moment. Ce n'est pas parce qu'il y a une opération qui n'a pas été faite au bon moment que le CH va s'en aller en banqueroute. Si ça se fait à tous les jours, oui, peut-être.

M. Chevette: À l'article 141.3, septième alinéa, le "respect des règles d'utilisation des ressources", ça, c'est un cas typique à Laval. Je veux dire, les ressources ne se limitent pas seulement aux ressources humaines du centre hospitalier, mais même aux ressources physiques, si je comprends bien.

M. Iglesias: Il y a les ressources humaines qui sont les médecins, dentistes et pharmaciens, là.

M. Chevette: Je comprends mais...

M. Iglesias: Les ressources physiques, là...

M. Chevette: Je veux dire, un lit, c'est une ressource physique.

M. Iglesias: Exactement.

M. Chevette: Bon. Un omni ou un gynécologue qui utiliserait des lits alors que, par

exemple, les directives du DSP seraient à l'effet qu'on n'utilise pas les ressources du milieu plus que x jours-lits-année, par exemple, pour maternité, est-ce qu'il constituerait...

M. Iglesias: Les règles d'utilisation...

M. Chevette: ...une désobéissance allant jusqu'à des sanctions prévues au troisième avant-dernier paragraphe de l'article 141.3?

M. Iglesias: Vous voulez dire les règles d'utilisation des ressources faites par les chefs de département clinique...

M. Chevette: Oui.

M. Iglesias: ...approuvées par le conseil d'administration après avis du CMDP? Oui, à ce moment-là, oui.

M. Chevette: Alors, le CMDP pourrait être contre même.

M. Iglesias: Mais c'est-à-dire...

M. Chevette: Le conseil d'administration considère que des ressources physiques...

M. Iglesias: il se prononce sur les règles, le conseil des médecins et dentistes.

M. Chevette: Oui, l'administration. Oui, mais c'est le conseil d'administration qui sanctionne.

M. Iglesias: Oui, oui. Qui fait que la règle devient...

M. Chevette: Bon.

M. Iglesias: ...en force.

M. Chevette: C'est ça. Vous arrivez donc un soir et les quotas sont atteints au niveau de la maternité à la Cité de la santé de Laval...

M. Iglesias: Dites donc: Les lits sont pleins.
(10 h 45)

M. Chevette: Oui, mais je m'excuse, ce n'est pas moi qui ai utilisé les quotas, docteur. Il y a quelqu'un qui l'a utilisé avant moi. Il faut que je l'utilise. Je ne fais que répéter ce qui se dit dans le milieu, n'en déplaise à vos chastes oreilles. Des quotas, je trouve ça répugnant, moi aussi, qu'on ait utilisé cette formule-là, en passant. Je pensais que la maternité était plus noble que certains établissements de quotas en agriculture. Vous avez raison. Ceci étant dit, si les lits ne sont même pas pleins, mais que le nombre de jours-lits a été atteint par rapport au règlement, qu'est-ce qui se produit?

M. Iglesias: C'est des choses assez courantes, pour le cas de l'obstétrique, mais un cas où on est habitué un petit peu plus, c'est au niveau de la chirurgie électorale. On est peut-être un peu moins émotionnellement pris avec ça, mais lorsque la chirurgie électorale, qui est quand même une chirurgie... Ce n'est pas parce que c'est électif que ce n'est pas nécessaire. Des fois, on confond électif avec nécessaire. La chirurgie électorale est aussi nécessaire que la chirurgie urgente, sauf qu'il y a une fenêtre de temps pour la faire. À ce moment-là, lorsqu'il n'y a pas de lits, beaucoup d'établissements ont comme politique de suspendre l'admission. Il n'y a pas de lits...

M. Chevette: Non, non, je comprends, mais ce n'est pas là l'objet de ma question. Vous semblez bon en négociation, vous; vous contournez les questions. Ma question est la suivante: Il y a des lits de libres, mais le nombre d'accouchements permis a été atteint. Qu'est-ce qui arrive?

M. Iglesias: C'est pour ça que je vous dis que tout est dans la question: Comment définit-on les ressources?

M. Chevette: Mais c'est le temps de les définir, cher docteur. On est dans la loi, là...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Chevette: ...et vous les définissez au troisième avant-dernier paragraphe. Vous dites: "Les règles d'utilisation prévues au paragraphe 3° du premier alinéa doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre - c'est grave ça, limiter ou suspendre - le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement." Et j'ai pris la peine de vous dire que les ressources de l'établissement, à mon point de vue, ça peut être le personnel professionnel qui entoure le médecin, mais ça peut être aussi les ressources matérielles que sont des lits, que sont des chambres de maternité...

M. Iglesias: ...qui vont naturellement avec le personnel infirmier qui doit les...

M. Chevette: Si on a décidé, par exemple, dans un centre hospitalier, qu'il y aurait 3400 accouchements et qu'on est rendu à 3400, et il se présente quelqu'un à l'urgence. Le docteur X - pour ne pas en nommer un - est prêt à faire l'accouchement, mais le quota est atteint. Les lits concédés dans une année pour fins de maternité, c'a été fait.

M. Iglesias: Vous voulez dire qu'à ce moment-là... Il y a 3400 accouchements, mais il y a encore de la place dans l'unité de soins, il y a encore de la place dans la salle obstétricale. Je

pense que la règle d'utilisation des ressources doit tenir compte de tous ces éléments, non pas seulement d'un nombre fixe, mais également de sa distribution temporelle et s'il y a les ressources au moment où l'accouchement se présente. C'est important, ce que je vous dis là. Je ne veux pas critiquer la façon dont les gens ont fait les règles, mais il faut tenir compte de ça. Ce qu'on dit, c'est: S'il y a des ressources, soit des ressources financières ou des ressources physiques, si les ressources sont là à ce moment-là, on est en fonction de donner les soins. C'est clair. C'est comme lorsque vous recevez un patient au niveau des soins intensifs. On ne compte pas le nombre de patients, de traumatisés, qu'on a reçus aux soins intensifs, on compte s'il nous reste des lits au niveau des soins intensifs. S'il ne nous en reste pas, il faudrait retourner l'ambulance quelque part, hein? S'il en reste, normalement, l'hôpital devrait le prendre. On donne les soins.

M. Chevette: Donc, l'esprit - parce qu'un jour ou l'autre, ça pourrait servir devant les tribunaux, de toute façon - qu'on donne à une législation, c'est souvent les discussions qu'on a au niveau d'une table ici. L'esprit de l'article qui donne des pouvoirs, soit à un DSP ou à un D. G., entériné par un conseil d'administration, de fixer les critères, ça n'a pas pour effet d'aller à rencontre du gros bon sens. Au contraire, c'est que les ressources du milieu, indépendamment des critères qui pourraient être fixés... S'il y a des ressources disponibles, on ne peut, à ce moment-là, brimer les individus qui pourraient bénéficier de la ressource parce qu'elle est disponible. C'est bien le sens qu'on donne aux articles de loi?

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Chevette: Un juge pourrait tenir compte de ce qu'on vient de dire. Vous deviendriez un témoin expert devant un conseil d'arbitrage ou...

M. Iglesias: On a notre notaire en arrière.

M. Chevette: Pardon? Le notaire dirait: Ce que le docteur a dit, c'est vrai.

M. Iglesias: Je lui ai demandé avant, M. Chevette.

M. Chevette: Vous lui aviez demandé avant, je suppose. C'est ce que j'avais pensé. Moi, ça va pour l'article 141. 3.

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

Le Président (M. Joly): Donc, l'amendement à l'article 141. 3, adopté. L'article 141. 3 est adopté tel qu'amendé. J'appelle l'article 141. 4.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer, après l'article 141. 3, l'article suivant: "141. 4 Le chef de département clinique est responsable envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens:

"1° de surveiller la façon dont s'exerce la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans son département;

"2° d'élaborer, pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;

"3° de donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin ou à un dentiste lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges; lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, de donner son avis sur le statut à accorder à un pharmacien lors d'une demande de nomination.

"Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, les dossiers qui concernent l'exercice du rôle décrit au paragraphe 1° du premier alinéa sont confidentiels. Nul ne peut en prendre connaissance, sauf le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, la Commission des affaires sociales ou les représentants d'une corporation professionnelle dans l'exercice des fonctions qui lui sont attribuées par la loi.

"Les règles visées au paragraphe 2° du premier alinéa doivent prévoir que l'exercice professionnel des médecins, dentistes et pharmaciens des départements cliniques doit répondre à des règles uniques.

"Lorsque aucun chef de département clinique n'est désigné ou lorsque celui-ci n'est pas un médecin, un dentiste ou un pharmacien, les responsabilités visées au premier alinéa sont exercées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens."

Le Président (M. Joly): M. Charlebois.

M. Charlebois: Peut-être quelques commentaires généraux sur l'ensemble de l'article.

M. Chevette:... de réapparition, peut-être.

M. Charlebois: On reconduit donc des dispositions qui existent à l'heure actuelle dans la loi en les améliorant, comme vous allez le constater. Tout d'abord, comme on l'a vu pour le chef de département, on introduit tout au long de l'article qui concerne le pharmacien ce qui n'existait pas auparavant. Deuxièmement, dans le deuxième alinéa, "d'élaborer, pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments", c'est un élément nouveau qui est important et qui a

été annoncé dans la réforme.

M. Chevette: Est-ce que vous pourriez nous donner la référence de l'article de l'avant-projet qui parlait de ça?

M. Charlebois: Non, l'avant-projet, je...

M. Chevette: Du projet, je m'excuse. Pour être très précis avec vous, c'est du projet.

M. Charlebois: Non, ce n'était pas dans le projet, les règles d'utilisation des médicaments.

M. Chevette: Est-ce que ça se peut que ce soit l'article 71.2 de l'ancienne loi?

M. Charlebois: Ça se peut.

M. Chevette: Ça se peut?

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez l'air pas mal sûr de votre affaire.

M. Chevette: Ordinairement, quand je questionne, je sais la réponse.

M. Côté (Charlesbourg): Ha, ha, ha! Ah bon! Oh! Oh! Je prends acte.

M. Chevette: Prenez acte. C'est la meilleure manière, dans l'Opposition, de ne pas se faire avoir, vous le savez. Vous avez été de l'autre bord, vous aussi. Quand vous ne saviez pas une réponse, vous ne questionniez pas. Quels sont les motifs qui vous ont amenés... C'est sûrement intéressant à... Ce n'est pas seulement que le fruit d'une négociation, c'est parce que vous vous êtes rendus aux arguments de raison. Quels sont les motifs fondamentaux qui vous ont amenés à réintroduire ça dans un projet de loi qui ne devait absolument pas parler de ça? C'était important qu'on ne parle pas de ça et là, c'est réapparu. Quels ont été les arguments qui vous ont convaincus?

M. Charlebois: De réintroduire les règles d'utilisation des médicaments ou de réintroduire...

M. Chevette: De réintroduire tout 144...

M. Charlebois: Au fond, on reprend la même discussion que pour 141.3: Pourquoi est-ce qu'on réintroduit dans la loi la départementalisation, le rôle des chefs, etc.? Les échanges du printemps, entre autres, avaient amené à des propositions de notre part à l'effet que la départementalisation pouvait revenir. C'est-à-dire que, quand un établissement choisissait d'avoir des départements, on reconduisait à toutes fins utiles ce qu'il y avait dans la loi. Les échanges que nous avons eus cet été nous ont amenés à discuter. Avant de discuter des moyens que sont l'unité de

direction et la "bicéphalie", avant de discuter la départementalisation, etc., on a discuté d'un certain nombre de problèmes. Et, un peu comme je l'indiquais hier, on a fait un consensus assez rapidement sur la nécessité de renforcer le rôle des chefs de département - on l'a vu à 141.3 - et à 141.4, on introduit les nouveaux éléments, particulièrement le troisième alinéa, qui viennent renforcer le rôle du chef, lui donner un rôle sur la nomination des médecins dans son département, etc.

M. Chevette: ...de l'ancienne loi. Prenons toujours le cas de la Cité de la santé, pour parler de quelque chose de concret. L'ancienne loi... On me dit que le CMDP, dans le cas de Laval, avait donné son avis. Là, si je comprends bien, ici, c'est le chef de département, à part ça, qui a le droit de donner son avis.

M. Charlebois: Non. C'est toujours... Il faut lire cet article-là avec l'article 154 et l'article 170.

M. Chevette: Un instant.

M. Charlebois: Ça veut dire que les nominations...

M. Chevette: Ne grouillez pas qu'on aille voir, là. L'article 154 et... C'est le conseil, ça, 154. Et 170... Les articles 154 et 170, c'est l'accord... Je m'excuse, c'est l'octroi d'un privilège, alors qu'ici, c'est une obligation de consulter, ce que je comprends, moi.

M. Charlebois: C'est ça. Il faut les lire les uns avec les autres, c'est-à-dire que 170, c'est le conseil qui nomme, 154, c'est le conseil des médecins et dentistes qui fait les recommandations au conseil. Maintenant, on a prévu que le chef donne son avis sur les médecins qui demandent une nomination dans l'établissement et pour son département. Alors, c'est possiblement une pratique qui existait dans un certain nombre d'établissements. Dans nos échanges, on est arrivé à établir qu'il était utile de rendre plus visible et de renforcer, au fond, le rôle du chef de département par rapport à sa propre équipe et par rapport aux effectifs qu'il recrute.

M. Iglesias: C'est le mandat du chef de surveiller, sous la responsabilité du conseil des médecins et dentistes, la façon dont les membres exercent la médecine. Donc, c'est normal, à ce moment-là, avant que ces membres-là obtiennent des privilèges et des statuts du conseil d'administration après recommandation du conseil des médecins et dentistes, c'est normal que lui aussi donne son avis. Il va avoir à les surveiller, donc il va avoir à travailler avec des gens qui vont exercer des compétences. Ça nous semble bien normal que la boucle parte du chef parce que

c'est lui qui va avoir le travail à faire, la supervision professionnelle après.

M. Chevette: Bien, ça m'apparaissait normal à moi-même, avant de rédiger le projet de loi. C'est juste pour ça que je trouve ça drôle qu'on ait découvert le monde entre le 26 juin et le 19 août. Fondamentalement, on sait très bien que, même si on laisse le jugement aux pairs au niveau de la qualité d'un acte, ou la compétence ou la capacité d'un individu de réaliser un acte, il faut que tu commences par celui qui est capable de l'analyser le plus près, c'est évident. Ça, ça m'apparaissait tout à fait logique. C'était pour ça que je demandais au porte-parole des dernières semaines, M. Charlebois, ce qui l'avait convaincu, quels étaient les arguments qui les avaient convaincus, alors que, *prima facie*, nous autres, on l'était depuis le mois de juin. C'est pour ça que j'essayais de découvrir les motifs, mais il faut croire que la négociation a porté ses fruits, il y en a qui ont compris plus par les "brainstormings" que vous vous êtes donnés, je suppose, autour de la table. Vous avez réussi à comprendre plus facilement ce qu'on vous expliquait au mois de juin. Je suis heureux de ça. Tant mieux!

M. Côté (Charlesbourg): Vous nous avez expliqué ça au mois de juin?

M. Chevette: Bien sûr.

M. Côté (Charlesbourg): C'est une séance à laquelle je n'étais pas ou...

M. Chevette: Ah oui! On vous l'a expliqué, dur comme fer, plusieurs jours. On vous a même miné. J'ai failli enlever mon veston et rouler mes manches pour essayer de vous l'expliquer.

M. Charlebois: Ah! Je n'étais pas là.

M. Chevette: Mais il n'y avait pas de plaque tournante ici, je me suis retenu.

M. Côté (Charlesbourg): Ça ne m'a pas frappé à ce point-là, non.

M. Chevette: Non?

M. Côté (Charlesbourg): Non.

M. Chevette: On se reprendra cet après-midi.

M. Charlebois: Il reste que, dans le projet de loi, il n'y avait rien. Ce qui nous incitait à ne rien mettre, c'était souplesse locale et...

M. Chevette: Non. Ce n'était pas la philosophie. N'essayez pas de m'emplir ce matin!

M. le ministre, vous direz à votre gars... Fondamentalement, l'esprit du projet de loi, c'était le D.G. omnipotent. Vous avez décidé maintenant que c'était une "bicéphalie", que le côté médical relevait des pairs et des organismes créés à cette fin et l'administratif relevait du D.G. N'essayez pas de nous emplir ici!

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. D'ailleurs, de toute façon, je pense que pour essayer de vous remplir, ça prendrait plus que la semaine, ce que j'ai compris.

M. Chevette: Oui, sûrement.

M. Côté (Charlesbourg): Parce que...

M. Chevette: Sûrement.

M. Côté (Charlesbourg): Alors, à partir de ça, on ne se crée pas d'illusions à ce niveau-là, d'aucune manière. Une chose est certaine, c'est qu'il y a eu un processus évolutif.

M. Chevette: Évolutif?

(11 heures)

M. Côté (Charlesbourg): D'ailleurs, ce que j'ai dit hier, et je ne tente pas de le cacher, c'est qu'à l'origine, sur le plan des échanges que nous avons eus à l'automne, avant même l'énoncé de politique, donc la réforme, il y a eu des échanges avec les fédérations médicales, la corporation professionnelle et les CMDP, qui ont tourné autour de toute une série de choses assez importantes qui avaient comme principe de base, à l'époque, effectivement, que, dans la mesure où il n'y avait pas de structure définie dans la loi, c'était davantage d'oxygéner au niveau des établissements pour être capable de se donner les structures qu'ils voulaient et de les adapter à chacun de leurs milieux.

Quand tu prenais l'exemple de l'hôpital Notre-Dame par rapport à Sainte-Anne-des-Monts, c'est ce que je disais à l'époque... Lorsque le projet de loi 120 a été déposé, suite à des rencontres, on a inclus dedans le CMDP qui, à l'origine, ne devait pas l'être. Donc, oui, effectivement, ce que nous souhaitions, c'est qu'il y ait, sur le plan administratif, un responsable qui était le directeur général. Je ne tente pas de le cacher. Je pense que ça a été dit à plusieurs reprises et bien sûr qu'en cours de route il y a eu - il faut bien l'admettre - des acteurs qui ont changé aussi. Il faut bien se comprendre.

M. Chevette: Oui, oui, il y en a une couple en tout cas.

M. Côté (Charlesbourg): Bon, alors, il y a des acteurs qui ont changé, qui défendaient des points de vue différents de ce qui avait été défendu auparavant. Donc...

M. Chevette: C'est probablement la raison de leur défaite.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, mais de toute façon, ça, évidemment, il faut que chacun analyse les raisons...

M. Chevette: Oui.

M. Côté (Charlesbourg):... de ses défaites.

M. Chevette: Comme je suis passé par votre siège...

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça. Bon alors...

M. Chevette:... j'ai connu les individus.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça. Alors, à partir de ça, finalement, il y a eu des échanges avec tout le monde pour tenter d'en arriver à un certain nombre de solutions et, au fur et à mesure, effectivement, on a accepté, pas dans les négociations de l'été mais au cours du printemps, d'ajouter un certain nombre de choses qui paraissaient nous amener vers le règlement d'un conflit qui ne servait personne, il faut bien se le dire, alors que, vous comme nous, ce qu'on souhaitait, c'était davantage le citoyen à la base.

Donc, c'est cette démarche-là qui s'est faite et il faut bien admettre que, rendu où on était au mois de mai ou au mois de juin, il ne restait pas beaucoup de chemin à parcourir sur le plan de la négociation à ce niveau-là pour introduire un certain nombre de choses. On a réglé. Au bout de la ligne, je pense que le citoyen va recevoir des services de bonne qualité. C'est ce qui importe. Est-ce que, pour autant, on aura bien servi les établissements? La question reste posée. Nous aurons renforcé un certain nombre de mécanismes au niveau professionnel; au niveau interprofessionnel, ça reste une autre question.

Ce qu'on souhaitait, avec le courant d'air sur le plan de l'oxygène, c'était davantage de collaboration sur le plan interprofessionnel et, à ce niveau-là, je pense qu'aujourd'hui on doit se poser la question à savoir si, effectivement, en le cloisonnant de cette manière-là, on n'a pas d'autres conséquences. Sauf qu'en faisant appel à tout le monde à l'intérieur... Il est bien évident qu'un centre hospitalier, c'est l'ensemble des intervenants quand l'objectif est d'abord le citoyen. C'est ça. Ce cheminement-là, on...

M. Chevette: Mais, fondamentalement, M. le ministre, la philosophie même du projet de loi déposé - je ne sais plus quelle date, là - en décembre a changé. Fondamentalement, l'esprit de départ de la réforme était axée sur un contrôle absolu beaucoup plus administratif.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais pas...

M. Chevette: Alors que, dans le projet de loi qu'on est en train d'amender présentement, on retrouve une philosophie de fonctionnement à partir des rôles d'individus ou de groupes d'individus.

M. Côté (Charlesbourg): Non. Je pense que... Juste pour tenter de clarifier - j'ai peut-être une part de responsabilité parce que je n'ai pas été assez clair à l'époque, là - il y avait une clarification des rôles administratifs, donc de la responsabilité de l'administration qui avait... Au premier titre, la responsabilité était le D. G., c'est clair. Je pense que, là-dessus, il n'y a pas d'équivoque.

Cependant, il faut bien admettre - et vous avez été le premier à nous le faire admettre - que, dans notre esprit et dans notre philosophie, il n'était pas question de soumettre le médecin pour les actes médicaux qu'il allait poser, pour l'acte médical, il n'était pas question de le soumettre à quelqu'un d'autre que ses pairs. Bon. À partir du moment où ça est dit, c'est clair que, sur le plan administratif, la philosophie générale est de régler un certain nombre de choses qu'on se croyait obligé de régler. Il y en a une partie qui se règle à ce niveau-là, soit par le D. G. ou par des gens qui vont assumer des responsabilités sur le plan administratif.

Sur le plan de l'acte médical, si jamais on a laissé percevoir que c'était autre chose qu'un jugement par les pairs à ce niveau-là, on ne le sait pas ou on s'est mal exprimé. C'est ça, la clarification qui est arrivée en cours de route, en vous disant que, bien sûr, à l'origine, l'oxygène et la liberté presque totale sur le plan des structures avaient un but: faire en sorte qu'on dérègle et qu'on laisse aux établissements le soin de s'organiser et de se donner les structures dont ils avaient besoin dans le but ultime de donner un service numéro un à la clientèle, donc aux gens qui ont besoin de nos services.

Évidemment, l'évolution a fait que, pour un certain nombre, c'était moins acceptable et, là-dessus, on a évolué en faisant le maximum de ce qu'on pouvait faire. Eux aussi, et ils avaient des opinions qui étaient différentes des nôtres. Ça, finalement, ce n'est pas l'aboutissement du mois d'août; c'est un processus qui est enclenché depuis les mois de janvier et février dans les échanges, et avec des arguments des uns et des autres.

Évidemment, aujourd'hui, c'est réglé. Il va falloir continuer à faire appel, finalement, à l'ensemble des professionnels au niveau des établissements pour tenter de solutionner les problèmes qui pourraient rester, et avoir une plus grande ouverture pour que notre citoyen soit le bénéficiaire de tout ça. Or, pour moi, ce n'est pas une question d'avancer ou de reculer, c'est une question davantage de tenter de se

doter d'un système qui va en fonction de notre citoyen. Est-ce qu'on l'a atteint à 100 %? Non. Si on l'atteint à 80 %, c'est au moins ça parce qu'il y aura un bout de chemin de fait.

Une voix: C'est ça

M. Côté (Charlesbourg): C'est sûr qu'il y a des réajustements, sur le plan de plusieurs modalités d'application en cours de route, qui ne sont pas du petit détail.

M. Chevette: C'est une question de perception. Moi, je vous dirai, en tout cas personnellement, que je considère que c'est un changement très profond qui a été fait parce qu'on sentait une volonté d'écarter les principaux acteurs. Moi, c'est de même que je l'ai compris. Puis, je me rends compte aujourd'hui... D'ailleurs, en discutant avec les D.G. d'hôpitaux maintenant, on le voit bien. Allez leur demander demain matin, à eux autres, s'ils voient des changements. M. Nadeau a bien beau dire qu'il aime mieux l'harmonie que n'importe quoi, là, mais qu'il aille parler à ses D.G. dans les hôpitaux. Ils vont lui dire très profondément que ça a changé en Hérode, le projet de loi.

Moi, je suis convaincu que la philosophie même du projet de loi a changé parce que c'est une approche où on reconnaît la compétence et le rôle des individus, compétence qu'ils ont en vertu d'une loi corporative. Ça, je pense qu'on ne pouvait pas y échapper. Je suis convaincu de ça sur le plan du fonctionnement logique des choses. On ne soustrait pas une autorité à quelqu'un qui l'a pour le remplacer par un autre qui n'a pas la compétence pour poser le geste. Je ne dis pas ça pour dénigrer les D.G. d'hôpitaux. Les D.G. sont là pour administrer les ressources financières à leur disposition; ils ne sont pas là pour juger de la qualité de l'acte médical ou des gestes à poser sur le plan médical. Ça, moi, je pense que c'est une approche complètement différente du projet de loi. C'est une volte-face importante. Pour le citoyen, on peut arriver aux mêmes conclusions que le ministre quant aux effets bénéfiques des amendements, mais qu'on ne vienne pas me dire que ça n'a pas changé.

M. Côté (Charlesbourg): Non, ce n'est pas ce que j'ai dit. Je n'ai pas dit ça du tout, sauf que je vais tenter de vous le traduire d'une manière différente. Ce n'est pas parce que je veux absolument que mon point de vue triomphe parce que...

M. Chevette: De toute façon, on pourrait s'obstiner toute la journée là-dessus, vous le savez!

M. Côté (Charlesbourg): ...j'ai passé ces étapes-là depuis mon retour en politique en 1983. Donc, ce que les gens étaient venus nous dire

en commission parlementaire, et vous étiez là: On est "surréglementés". O.K.? Ça n'a pas de maudit bon sens; on n'est pas capables de bouger, ça nous prend une bibliothèque de règlements pour être capables de travailler. En termes clairs; Avez-vous fini de nous écoeurer? Pouvez-vous penser qu'on est suffisamment matures pour être capables d'en gérer un petit bout? C'était ça, le message. Donc, c'est comme ça qu'on l'a pris.

D'un principe qui était celui d'une déréglementation pour donner de l'oxygène et pour permettre au milieu de se doter des structures qu'il voulait pour être capable d'atteindre les objectifs qu'on souhaitait - et qui étaient partagés par tout le monde - il y a eu une déviation de l'interprétation et on en est arrivé à penser que le véritable objectif en arrière de ça, c'était l'exclusion. Bon! Finalement, l'exclusion a pris plus d'importance que ce qui était la base de la déréglementation et de l'oxygène.

Ça nous a donc amenés en cours de route à faire en sorte de réinstaurer un certain nombre de structures, d'accepter d'en réinstaurer, mais de ne pas les réinstaurer de la même manière qu'elles étaient auparavant. Je pense qu'on a clarifié un certain nombre de choses, mais à partir de quoi? On a clarifié un certain nombre de choses à partir d'échanges avec la profession médicale sur les problèmes que nous vivions et qu'ils vivaient eux-mêmes. Lorsqu'on parle du cas de Cité de la santé de Laval, ça a fait bien du bruit sur la place publique pour ceux qui ont gagné, mais il y en a d'autres en dedans qui veulent faire autre chose aussi, qui, eux autres, se sont mis à table et ont accepté de faire un bon bout de chemin pour l'harmonie intérieure et pour faire en sorte que l'hôpital dispense un ensemble de services et non pas un service.

Il y a eu des efforts assez importants de la part de la profession médicale pour tenter d'identifier le problème puis de dire: Ensemble, en êtres responsables, qu'est-ce qu'on peut faire, en termes d'ajustements à nos mécaniques, pour faire en sorte qu'on évite un certain nombre de problèmes? Ça ne veut pas dire qu'on va tous les régler, mais le plus possible, et dans le but ultime que notre citoyen soit celui qui sera servi. On arrive à ça au bout de la ligne. Quant à moi, qu'on prenne le train ou qu'on prenne l'avion... C'est sûr que, par l'avion, c'est bien plus vite. Par le train, c'est un petit peu plus long. On va prendre le moyen qui va nous amener à ça, en autant que le citoyen, au bout de la ligne, sera celui qui en profite. C'est un peu ça qui est arrivé, globalement, très très ouvertement.

Donc, ce n'est pas toujours facile d'arriver comme on le souhaite. Il y a eu, oui, changement de cap en cours de route sur un certain nombre de modalités et sur le plan philosophique. Évidemment, j'aurais pu insister pour garder une philosophie de base qui était bonne et qui

demeure encore très bonne comme philosophie. Mais si elle reste dans le livre et qu'elle ne s'applique pas, on fera comme bien des théoriciens. On pourra toujours dire: J'ai écrit un beau volume qui avait maudiquement du bon sens, mais les gens ne voulaient pas l'appliquer. Alors, ça n'aura pas donné grand-chose.

Il faut, à l'occasion, tenter d'en arriver à atteindre l'objectif ultime qui est le service aux citoyens. C'est un peu à ça qu'on est arrivés. Moi, en tout cas, au bout de la ligne, je suis heureux et chacun va pouvoir faire la démonstration, dans l'action, que c'est le citoyen qu'il voulait servir.

M. Chevrette: Charlebois est d'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Chevrette: Charlebois est d'accord.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, juste un petit oubli que j'ai fait, parce que je croyais avoir terminé la lecture de l'article. Il restait un dernier petit paragraphe que j'ai... Si vous me permettez, on pourrait peut-être l'ajouter? Il se lirait comme suit: "Lorsque le chef de département clinique néglige d'élaborer des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments, le conseil d'administration peut demander au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de les élaborer."

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. L'amendement à l'article 141.4, ou vous aimeriez...

M. Trudel: On revient donc, à toutes fins utiles, à 71.2 de la loi actuelle.

M. Côté (Charlesbourg): Réaménagée.

M. Trudel: Réaménagée.

M. Côté (Charlesbourg): Il y en a une partie qui était dans les règlements.

M. Trudel: Une partie était dans la loi, une partie dans les règlements.

M. Côté (Charlesbourg): Une partie dans les règlements, qui est dans la loi maintenant.

M. Trudel: Ce qui est, entre autres, ajouté, c'est la responsabilité du chef de département d'élaborer pour son département non seulement les règles de soins médicaux et dentaires, mais aussi les règles d'utilisation des médicaments. Ça, c'est nouveau?

M. Iglesias: C'était déjà au niveau du règlement. C'était le conseil de pharmacologie qui

donnait des avis sur l'utilisation des médicaments. Là, on fait reposer la règle sur le chef, qui va la faire monter, naturellement, à travers le conseil des médecins et dentistes au conseil d'administration. L'idée, c'est vraiment d'indiquer que les médicaments, c'est un élément très important des ressources et des moyens thérapeutiques qui sont utilisés dans les CH.

M. Trudel: Mais les règles d'utilisation, là, en matière de médicaments, ça comprend le type, ça comprend l'inventaire, ça comprend...

M. Iglesias: Non. Ça, ça va être vraiment le travail du chef de pharmacie. C'est l'utilisation du médicament pour un malade donné. Compte tenu du formulaire de l'établissement, ça demeure toujours la même chose.

M. Trudel: Mais là, c'est le chef de département clinique de pharmacie qui décide ou si c'est le chef de département clinique qui élabore les règles dans son département pour l'utilisation d'un tel type?

M. Iglesias: Les règles d'utilisation des médicaments, c'est les règles de médicaments pour un malade donné. Ce n'est pas le fait d'avoir la constitution d'un formulaire, un inventaire, etc. Ce n'est pas ça que ça vise. Ça vise le fait qu'on utilise tel médicament, dans telle circonstance, pour tel malade. C'est bien...

M. Trudel: Ça, c'est le chef de département clinique de la pharmacie?

M. Iglesias: Non. C'est le chef de département clinique.

M. Trudel: Mais tout ça, on va le voir tantôt confirmé à 141.6, c'est des règles qui sont élaborées par le chef de département, mais elles doivent recevoir l'approbation...

M. Iglesias: Du conseil des médecins et dentistes.

M. Trudel:...du conseil des médecins et dentistes.

M. Iglesias: Et du conseil d'administration.

M. Trudel: Et du conseil d'administration...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: ...dans un deuxième temps. Ce qu'il y a aussi de nouveau, c'est le renforcement de la confidentialité du dossier, c'est-à-dire dans la réalisation des tâches, au premier alinéa, de surveiller la façon dont s'exerce la médecine, l'art dentaire ou la pharmacie dans son département. Le chef de département, également,

lorsqu'il a accompli ce travail-là, les dossiers qui concernent l'exercice de ce rôle-là ne doivent pas avoir pour effet... Ils sont confidentiels et nul ne peut en prendre connaissance, sauf le CMDP. Lorsqu'il effectue ce travail-là...

(11 h 15)

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: ...nul autre que le chef ou le CMDP ne peut en prendre connaissance.

M. Iglesias: C'est ça. Ça trait à la partie de l'évaluation médicale, pharmaceutique ou dentaire qui se fait dans les départements. Il y a une *partie* de ça qui se fait dans le département. Il y avait une possibilité de brèche au niveau de la confidentialité de cette évaluation-là. On ne voulait surtout pas qu'au niveau des départements, à cause de cette possibilité-là, les débats soient vides et qu'on ne discute pas des vrais problèmes. Dans l'ancienne loi, les procès-verbaux du conseil des médecins et dentistes étaient confidentiels. O.K.? Là, on ajoute à ça la partie des dossiers qui est tenue par le chef de département, concernant l'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique.

M. Trudel: L'évaluation du chef de département quant au personnel...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: ...dentaire ou de pharmacie qui est sous sa responsabilité.

M. Iglesias: C'est ça. Qui est une prorogation du CMDP.

M. Trudel: Puis, au niveau du mécanisme de traitement des plaintes des usagers?

M. Iglesias: Ça, c'est une autre chose.

M. Trudel: Oui, oui. Je comprends que c'est une autre chose, mais on va avoir à se référer peut-être à ce dossier-là au niveau de la plainte.

M. Iglesias: ...avoir à s'y référer. C'est son dossier, autrement dit, aussi.

M. Trudel: L'usager, bien sûr, a accès à ce dossier qui le concerne?

M. Iglesias: Tantôt... Un jour, on verra comment le dossier des plaintes est défini.

M. Trudel: Ah oui!

M. Iglesias: Mme Demers, c'est quel article, le dossier des plaintes?

M. Trudel: Ça, c'est 37 et suivants.

Mme Demers (Laurence): 37.

M. Trudel: 37 et suivants, s'il faut y revenir. Bien sûr qu'il est *confidentiel* et seul le CMDP peut en traiter. C'est fort heureux que c'en soit ainsi. Les règles de l'art sont renforcées là-dessus. Sauf que l'usager qui porte une plainte, lui, il a besoin d'avoir accès à ce dossier. Est-ce que c'est possible pour l'usager d'avoir accès à ce dossier-là?

M. Iglesias: Son dossier personnel, oui.

M. Trudel: Son dossier.

M. Iglesias: Bien oui, son dossier, oui. Son dossier, il n'y a pas de problème. C'est clair. Il va avoir également droit d'accès à son dossier de plainte et on va voir dans les articles sur les plaintes, ce que comprend le dossier de plainte. Mais l'usager...

M. Trudel: Mais s'il porte une plainte eu égard à *un acte* professionnel...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: ...qui, automatiquement, s'en va au CMDP dans la mécanique et à la corporation concernée, lui, l'usager, le chef de département et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de rétablissement vont avoir un dossier sur ce qui s'est passé. Est-ce que lui...

M. Iglesias: L'exécutif va y avoir accès. Le médecin sur qui porte une plainte n'aura pas accès à cela non plus.

M. Trudel: Non, je ne parle pas du médecin sur qui porte une plainte, je parle du citoyen, là. Le citoyen qui porte une plainte sur un acte... O.K.?

Une voix:...

M. Trudel: Alors, là, ça file. Ça va au CMDP et ça s'en va à la corporation, O.K.? Est-ce que le citoyen, lui, pour sa défense, peut avoir accès à la partie de ce dossier-là qui le concerne?

M. Iglesias: Aux procès-verbaux du CMDP, non. Pas plus que le médecin. Ce à quoi il va avoir accès, c'est à son dossier propre et au dossier de plainte.

M. Trudel: Bien oui, son dossier de plainte, il va y avoir accès certain, c'est le sien. C'est lui qui va l'avoir faite, la plainte.

M. Iglesias: C'est pour ça.

M. Trudel: Il va l'avoir dans ses poches.

M. Iglesias: C'est pour ça qu'on définit dans les articles c'est quoi, le dossier de plainte.

M. Trudel: Oui, c'est lui qui va l'avoir exigé, c'est bien sûr. Sa plainte, il va l'avoir par devers lui.

M. Iglesias: Non, il y a autre chose dans le dossier de plainte. Il va voir le traitement qui a été donné au dossier et les recommandations.

M. Chevrette: Je vais essayer de... Un individu fait une plainte contre un médecin. Le CMDP se penche sur la plainte, juge que - je ne sais pas - le patient ou le client ou le bénéficiaire a raison.

M. Iglesias: Il a accès à la recommandation.

M. Chevrette: L'individu n'a pas accès à ça.

M. Iglesias: Il a accès à la recommandation.

M. Chevrette: À la recommandation?

M. Iglesias: Oui. C'est ça qu'on va définir dans le dossier de plainte. Mais il n'a pas accès au traitement, aux procès-verbaux du CMDP. Il a accès à la...

M. Chevrette: Mais si ça va... Supposons qu'on décide que le traitement d'une plainte a abouti à un endroit ultime...

M. Iglesias: Au troisième niveau.

M. Chevrette: ...au troisième niveau, là...

M. Iglesias: C'est la corporation professionnelle, dans ce cas-là.

M. Chevrette: Oui, mais l'individu, s'il n'a pas accès à l'analyse des faits par les pairs, comment voulez-vous qu'il se plaigne?

M. Iglesias: Bien, s'il n'est pas satisfait de la recommandation qui est faite, il va prendre la décision de se plaindre.

M. Côté (Charlesbourg): Mais il faut bien se comprendre, là. Le troisième niveau, ce ne sera pas pour des plaintes qui...

M. Chevrette: Non, non, non.

M. Côté (Charlesbourg): ...des actes.

M. Chevrette: Non, c'est vrai.

M. Côté (Charlesbourg): Donc...

M. Trudel: Quand il s'en va... C'est d'abord référé au CMDP de l'établissement concerné.

Supposons qu'il y ait un jugement, on va dire négatif, qu'il n'y ait pas...

M. Iglesias: Il n'y a pas objet d'appliquer une sanction.

M. Trudel: ...objet de redressement, d'appliquer une sanction. Bon.

M. Iglesias: Ça, il va avoir accès à cette phraséologie-là.

M. Trudel: L'usager peut se rendre à la corporation.

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel: O.K. Alors, quand il va arriver à la corporation pour présenter son point de vue, il va falloir qu'il ait accès, à mon avis, à la partie de son dossier qui est concernée par la décision du CMDP.

M. Iglesias: Mais la corporation va recommencer le processus au complet.

M. Trudel: Oui, oui, c'est ça. La corporation va recommencer l'enquête de a à z.

M. Iglesias: À partir du dossier du bénéficiaire et avec les témoins qu'elle jugera nécessaires.

M. Trudel: Mais la partie du jugement du CMDP sur la plainte qui lui avait été acheminée demeure strictement confidentielle et même l'usager concerné ne peut pas en prendre connaissance quant à la, non pas la recommandation parce que la recommandation, il l'a automatiquement, s'il est allé jusqu'à la corporation...

M. Iglesias: Ce n'était pas évident qu'il l'avait avant. Là, ça va être évident que...

M. Côté (Charlesbourg): On va le revoir à 37, quand on va revoir 37 sur les plaintes...

M. Iglesias: Ce n'était pas évident qu'il l'avait avant.

M. Côté (Charlesbourg): ...dans le courant de la soirée.

M. Iglesias: Vos remarques que...

M. Trudel: Ce n'est pas évident qu'il l'avait avant. Non, il y a le cas de la dame du Bas-du-Fleuve. Bon, alors, on prend une note pour 37 et suivants.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. D'ailleurs, on y revient obligatoirement à 37 parce que ça fait partie des articles qu'il faut revoir.

M. Trudel: O. K. Bon. À défaut d'en nommer un, d'avoir un chef de département clinique, c'est le CMDP qui est responsable de l'élaboration des règles, toujours avec l'approbation du conseil d'administration, à 141. 6. Ça va là-dessus. Alors, il y aura un petit amendement.

Le Président (M. Joly): Parfait. L'amendement à l'article 141. 4, adopté. Le nouvel article 141. 4, adopté. J'appelle l'article 141. 5.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer, après l'article 141. 4, l'article suivant:

"141. 5 Les règles d'utilisation des ressources prévues au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 141. 3 doivent notamment prévoir qu'aucun lit ne peut être réservé à un médecin ou à un dentiste particulier pour des usagers qu'il traite et qu'en cas de nécessité le directeur des services professionnels ou, en l'absence de directeur des services professionnels, le médecin désigné à cette fin par le directeur général peut désigner un département ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un usager."

M. Trudel: Alors, ça, c'est totalement nouveau par rapport à...

M. Iglesias: La notion que les lits n'appartiennent pas, ne sont pas désignés à un médecin, était dans la loi. C'était dans la loi, ça.

M. Trudel: À quel article?

M. Iglesias: C'était dans les premiers articles de la loi, ça.

M. Trudel: De la loi ou des règlements?

M. Iglesias: C'était l'article 71. 1.

M. Chevette: C'est ça.

M. Iglesias: "Les règles d'utilisation des ressources doivent notamment prévoir qu'aucun lit ne peut être réservé à un médecin ou à un dentiste particulier pour les bénéficiaires traités par lui et qu'en cas de nécessité le directeur des services professionnels ou son représentant peut désigner un département ou un service dans lequel..." C'était..."

M. Chevette: Oui, mais la délégation de pouvoirs, était-ce dans la loi?

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette: Les trois dernières lignes?

M. Iglesias: Oui, sauf que...

M. Chevette: Non, non.

M. Iglesias:... on disait: "Le directeur des services professionnels ou son représentant peut désigner un département ou un service." Là, on dit...

M. Chevette: Le médecin; c'est un médecin désigné par le D. G.

M. Iglesias: S'il n'y a pas de DSP, là.

M. Trudel: S'il n'y a pas de DSP.

M. Chevette: Le directeur des services professionnels...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Ou en l'absence de...

M. Iglesias: Ou en l'absence de... S'il n'y a pas de DSP. C'est pour éviter qu'il n'y ait un trou, tu sais.

M. Trudel: C'est-à-dire en l'absence de DSP désigné ou en son absence, même s'il est désigné, j'imagine.

M. Iglesias: C'est ça, oui. Il peut être absent, c'est sûr. Même s'il y en a un, il peut être en vacances, le pauvre diable, tu sais. C'est un peu implicite dans la loi. Ce n'est pas du droit nouveau.

M. Trudel: Et c'est quoi le moyen - j'allais dire que vous allez continuer à exercer ou mettre en place - parce que, si c'est interdit par la loi, est-ce que vous pouvez nous assurer qu'il n'y a pas des pratiques telles dans les établissements?

M. Côté (Charlesbourg): C'est ce qu'on dit.

M. Trudel: Allez-vous chercher à vérifier la vérité?

M. Iglesias: C'en est un des moyens qu'on prend, entre autres.

M. Trudel: Ça, c'est comme un autre article qu'on a vu hier Y a-t-il des pénalités si ça arrive?

M. Iglesias: C'est pour ça qu'on le lie à...

M. Trudel: Comme hier. C'est la même réponse qu'hier.

M. Côté (Charlesbourg): Même réponse parce que c'est la même situation.

M. Iglesias: Il n'y a pas de sanction pénale.

M. Côté (Charlesbourg): Il n'y a pas de

sanction pénale.

M. Trudel: Non.

M. Côté (Charlesbourg): Il y a des sanctions administratives. Ce sont des sanctions administratives, comme ce qu'on a vu hier.

M. Trudel: Oui. Là, c'est un autre morceau, entre autres choses, du rapport du groupe tactique d'intervention.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Iglesias: Il parlait plus... pas nécessairement de l'attribution à un médecin donné. Parce que, ici, on dit "à un médecin". Le GTI parlait surtout au niveau de l'équilibre entre différents départements. Donc, c'est un petit peu différent, mais ça peut rejoindre, à la limite, la problématique, là, mais c'est un petit peu différent. C'est l'équilibre entre les différents départements ça arrive, et l'évolution de cet équilibre dans le temps. C'est de ça que le GTI parle.

M. Trudel: Oui. C'est sûr que c'est une question délicate, parce qu'on est en matière - on va appeler ça de même - d'entente sur le bras, quelquefois. Et il y a peut-être des raisons particulières pour lesquelles ça arrive, mais c'est implicite tout le temps. Ça ne peut jamais être explicite.

M. Côté (Charlesbourg): Mais si vous en arrivez à des pénalités quant à l'utilisation des ressources, qu'est-ce que vous pensez qui reste à un médecin qui se verrait appliquer des sanctions administratives de cette nature? Il ne reste plus rien. Il va rester son cabinet privé. Je ne pense pas, dans des conditions comme celles-là, qu'il y ait besoin de plus que ça.

M. Trudel: Ma question était simplement de dire: On reproduit ici un article qui était sorti du projet de loi; on y ajoute les cas d'absence lorsqu'il n'y a pas de nomination et on dit: C'est interdit de faire ça. D'habitude, quand une loi interdit, elle prévoit une sanction à l'autre bout. Dans cas-là, le cas échéant, ici, on dit que ce sont des sanctions administratives qui peuvent exister. Et, dans le cas des pénalités administratives, tantôt, on va voir que le médecin doit toujours se faire entendre parce qu'il peut y avoir des raisons particulières. Le médecin doit toujours être entendu parce qu'il peut y avoir des circonstances atténuantes, évidemment.

Ça, ça rejoint votre remarque au niveau de la pratique. Au niveau de la pratique, dans la réalité, il peut y avoir des cas d'urgence, des situations d'urgence, quelque chose de spécial. Mais que le phénomène soit, par ailleurs, observé comme existant - je pense qu'on pourrait dire, à une plus grande échelle - par le groupe

d'intervention tactique, ça va demander aussi qu'il y ait d'autres mécanismes mis en branle pour que ça puisse respecter non seulement la lettre, mais l'esprit de ça, évidemment.

M. Iglesias: M. le ministre a formé le groupe tactique, qui était vraiment un groupe d'intervention, et il a formé également un groupe stratégique qui devait analyser les problématiques de fond, dont la répartition des lits. Si on peut sortir d'ici, on va pouvoir parler à M. le ministre.

M. Trudel: Vous avez hâte de partir, vous?

M. Iglesias: Non, non, c'est parce que je veux parler à M. le ministre.

M. Chevrette: Ne nous provoquez pas.

M. Iglesias: On va pouvoir l'informer sur le groupe stratégique qui amène également...

M. Trudel: Remarquez que si on était sortis en juin, sous la pression, je ne suis pas sûr qu'à matin vous auriez plus le temps de lui parler, avec ce qui s'est passé.

M. Iglesias: Et on va pouvoir, à ce moment-là...

M. Trudel: Il est peut-être occupé à autre chose, à matin.

M. Iglesias: C'est une des parties qui est considérée là: les façons d'aider les centres hospitaliers à mieux définir la balance entre les lits. Ce que le groupe tactique aborde et ce qui est repris par le groupe stratégique de façon plus structurelle, c'est comment aider les centres hospitaliers à balancer la répartition des lits. C'est un des chapitres importants à considérer.

Le Président (M. Joly): M. le député de Joliette.

M. Chevrette: J'ai des questions au docteur.

Une voix: Oui.

(11 h 30)

M. Chevrette: Dans la loi, on a cru bon de réinsérer le fait qu'il n'y avait aucun lit de réservé à un médecin, et on sent le besoin de mettre des pénalités pour des lits qui serviraient, par exemple, spécifiquement à des missions. Ne trouvez-vous pas là une incohérence dans votre système? Si on dit, par exemple, à un médecin: On ne peut te réserver aucun lit, à toi, donc les lits qu'il y a là, les numéros... Je ne sais pas, moi, ils ne sont pas numérotés. Dans l'aile B de tel centre hospitalier il y a 40 lits de soins de courte durée, mais on ne t'en réserve pas un. Sauf que s'il arrive 40 maternités, on

établit des quotas pour les missions. Ne trouvez-vous pas ça incohérent, dans un système où on ne veut pas donner de privilège à un individu, qu'on limite les privilèges aux citoyens qu'on veut desservir en vertu de l'esprit même de la loi: le citoyen au centre de tout? J'aimerais que vous m'expliquiez cette philosophie-là. J'ai de la difficulté à la comprendre.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, les quotas, on ne les aime pas, mais on les utilise assez souvent sur le plan de l'expression. Il y a d'abord une chose qui est extrêmement importante, c'est l'identification de la capacité, pour un centre hospitalier, de faire tant d'accouchements, compte tenu de ses ressources humaines et matérielles, donc, qui incluent les ressources financières. Ça - prenons le cas de la Cité de la santé de Laval - ça a été évalué à 4200. Si on veut, disons, charrier - parce qu'on peut charrier positivement et négativement - on pourrait...

M. Chevrette: Tu ne parles jamais pour ne rien dire, donc tu ne charries pas.

M. Côté (Charlesbourg): ...facilement dire que la Cité de la santé de Laval a un quota de 4200. Ce n'est pas ça. C'est qu'elle a une capacité de 4200 en tenant compte des ressources humaines et financières dont découle le matériel. Les spécialistes vont analyser ça et vont dire: Au-delà de tout ça, il y a des risques. C'est pour ça qu'à un moment donné on dit: C'est ça.

Sur le plan de l'organisation interne, ce n'est pas très heureux d'avoir parlé de quotas - je pense que tout le monde en convient aujourd'hui - mais ça a été un exercice de part et d'autre, y compris de la profession médicale, d'un CMDP qui a voulu prendre un certain nombre de responsabilités pour tenter de régler le problème sur le plan interne, effectivement, pour en arriver à une certaine harmonie à l'intérieur d'un centre hospitalier, pour dispenser un ensemble de services. Ça a donné le résultat que ça a donné, mais je ne pense pas, à ce moment-ci... Ce n'était pas l'objectif que vous évoquiez.

Mais il y a eu un effort de la profession médicale, d'une certaine autodiscipline quant à l'utilisation des ressources, y compris à l'intérieur du centre hospitalier. Évidemment, il va falloir que, tantôt, si on dit que c'est 4200, ça corresponde à un certain nombre de lits, aussi. Alors, si on dit: Le centre hospitalier, on lui donne l'autorisation de faire 4200, il faut que ça se traduise éventuellement en nombre de lits; ça me paraît bien évident. Sinon, il y a...

M. Chevrette: Je lisais la clause telle quelle. Je suis bien obligé de me dire: C'est dans le temps que tu le planifies. Tu ne peux pas dire que c'est 10 par jour; ce n'est pas ça. Je comprends cela. Mais c'est de reconnaître qu'une

mission a une proportion du temps-lits dans un hôpital, sur le plan annuel. Moi, je le comprends différemment. Je comprends les médecins spécialistes. Ils ne le diront pas et je les comprends. Ce ne serait pas de bonne guerre de le dire, mais si tu envoies un chirurgien en Abitibi, à Rouyn-Noranda ou encore à Rimouski et qu'il est dans l'incapacité de faire des opérations pendant quatre jours parce que ses lits sont tous occupés, soit pour du chronique ou bien pour de la maternité, le gars va dire: Moi, je n'ai plus d'affaire à rester ici; parce que c'est un travailleur autonome qui reçoit un traitement en vertu d'un acte qu'il pose. C'est de même qu'il faut l'expliquer, à mon point de vue, le partage.

Sans dire d'attirer des lits, moi, je parlerais plutôt de partage, au sein d'un centre hospitalier, de missions. Il y a des missions dans un centre hospitalier. On a des spécialités de base. On s'entend sur à peu près entre 18 et 21 spécialités de base. Il y en a *quelques-unes* qui peuvent être discutables, mais... On dit: Doter chaque région d'une vingtaine de spécialités de base. Automatiquement, si tu veux attirer des professionnels et si tu veux exiger qu'ils soient dans le milieu ou dans la région, il faut que tu leur permettes d'exercer leur profession. C'est l'approche positive, je pense, qu'on devrait regarder.

De la manière dont c'est présenté, autant à la Cité de la santé - je ne veux pas discuter du cas de la Cité de la santé plus que de celui d'autres places - tel que c'est présenté, on semble vouloir faire arbitrer le *corps* médical sur les gestes posés par un médecin ou deux, alors que, si on le fait au niveau des missions qu'on donne à un *centre* hospitalier à partir des spécialités de base qu'on reconnaît à un centre hospitalier, je pense que la discussion devient beaucoup plus positive, beaucoup plus compréhensible pour le monde. En tout cas, moi, c'est un peu de même que je le voyais. On risque de provoquer des confrontations entre professionnels.

Dans le fond, les citoyens, il faut qu'ils comprennent que ce n'est pas grave si tu retardes une verrue plantaire de deux jours, mais ça peut être grave si tu n'as pas d'endroit, par exemple, pour faire un cathétérisme cardiaque ou bien *autre chose* de plus grave. Ça, je le comprends. C'est à partir des missions des centres hospitaliers que je pense qu'on peut faire comprendre plus positivement aux gens l'importance de diversifier les actions à l'intérieur d'un centre où on a les ressources humaines et professionnelles pour le faire.

C'est dans ce sens-là que je posais la question parce que, tel que libellé, ça pourrait vouloir dire... Je sais pourquoi on a dit "pas de lit attiré", c'est évident; s'il y en a qui veulent aller, par exemple, dans les régions en disant "tu vas me garder 10 lits", on n'a pas voulu que ce soit ça. Mais ce n'est pas plus brillant d'octroyer

20 lits de chroniques dans un centre hospitalier qui est supposé en avoir 5. Ce n'est pas plus intelligent de permettre ça que d'attribuer des lits attirés à un médecin.

Donc, à partir de ce fait-là, il faut plutôt regarder la mission globale de l'hôpital. Moi, c'est de même que je le voyais, parce qu'on a toujours discuté en disant: Oui, il ne faut pas, il y a des médecins qui ont 5 lits, c'est arrangé avec un D.G., c'est arrangé avec le DSP, il a 10 lits à son service... Quand on défonce de 20 % le nombre de lits de soins de courte durée et qu'on les met en longue durée, on a le même effet sur la population, sinon plus. C'est ça que j'o voulais dire.

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 141.5, adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Joly): Adopté. Le nouvel article 141.5, adopté. J'appelle l'article 141.6.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer, après l'article 141.5, l'article suivant: "141.6 Les règles d'utilisation des ressources prévues au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 141.3 entrent en vigueur après avoir été approuvées par le conseil d'administration qui doit, au préalable, obtenir l'avis du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le cas échéant.

"Les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments visées au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 141.4 entrent en vigueur après avoir été approuvées par le conseil d'administration qui doit, au préalable, obtenir la recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le cas échéant."

M. Trudel: Pourquoi, "le cas échéant"?

M. Charlebois: C'est lorsqu'il y a un conseil des médecins et dentistes.

M. Côté (Charlesbourg): S'il n'y a pas de CMDP.

M. Trudel: Alors, faites-vous la même liaison qu'hier? S'il n'y a pas de CMDP, il y a un service ou il y a un médecin responsable des services médicaux. Non, c'est parce que la logique, là, c'est tout à fait approprié. Les règles de soins, d'utilisation des ressources, il faut que ce soit approuvé par le conseil d'administration et, obligatoirement, après consultation du CMDP; sauf qu'on dit que pour certains types d'établissements - 5 médecins et moins - il n'y aura pas nécessairement de CMDP mais, à ce moment-là, il va y avoir soit un médecin responsable des services médicaux ou un service médical. Alors, retour à la brique. C'est parce qu'on a fait la

correspondance hier... Si ça prend une demi-heure pour finir ton affaire, c'est trop long, c'est trop compliqué.

M. Iglesias: Dans les fonctions actuelles du chef, dans le cas où il n'y a pas de CMDP, il n'y a pas les fonctions de faire des règles d'utilisation des ressources. C'est pour ça que si on...

Une voix:...

M. Iglesias: Dans le règlement de la loi actuelle...

M. Chevette: Vous ne lui donnez pas... Vous lui donnez le pouvoir de le faire?

M. Iglesias: Actuellement, c'est sous le directeur général: coordonner les activités professionnelles des médecins du centre, assurer la distribution des soins médicaux dans le centre, répartir les tâches entre les médecins et voir au maintien de la discipline des médecins au plan administratif.

Et, sous l'autorité du conseil d'administration, c'est: voir au contrôle et à la prestation des actes médicaux du centre, s'assurer du maintien de la compétence des médecins qui exercent dans le centre, s'assurer que la distribution des soins médicaux est conforme aux besoins des bénéficiaires, établir les modalités du système de garde et voir au recrutement des médecins. Ça, c'est les fonctions.

M. Trudel: Et dans le cas des CLSC?

M. Iglesias: Dans le cas des CLSC, oui; dans le cas des centres d'hébergement, non.

Une voix:...

M. Iglesias: Pour les règles de soins, pas pour l'utilisation des ressources.

M. Charlebois: Dans le cas des CLSC, le chef ou le service relève du conseil pour cette fonction-là, qui est d'élaborer des règles de soins.

M. Trudel: Il ne s'en fait pas, de règles de soins et de règles d'utilisation des ressources, là où il y a quatre médecins, cinq médecins et moins? Il s'en fait, certain. C'est parce que la nouvelle dynamique, c'est que ce n'est plus à partir de la réalité du CLSC ou pas, c'est à partir du nombre de médecins. Pour trancher, c'est cinq; cinq et plus, il va y en avoir un. Le CMDP, réglé, l'article est réglé.

M. Iglesias: Et lorsqu'il y a...

M. Trudel: ...cinq et moins...

M. Charlebois: ...cinq et moins...

M. Trudel: ...il peut y avoir, non.

M. Charlebois: ...en CLSC, centre d'accueil, centre d'hébergement, ça sera un médecin responsable ou un service médical.

M. Trudel: C'est ça.

M. Charlebois: Et ce que je vous ai indiqué...

M. Trudel: Qui tient lieu, à toutes fins utiles, de CMDP. On s'entend?

M. Charlebois: C'est ça. Il y a un règlement qui est en vigueur à l'heure actuelle pour les CLSC qui prévoit, lorsqu'il n'y a pas de CMDP, la formation d'un service médical ou la...

M. Trudel: Oui, c'est ça.

M. Charlebois: ...nomination d'un chef. Et le règlement prévoit que, pour les règles de soins, le chef relève du C.A., donc comme on le voit pour le CMDP.

M. Trudel: Et ailleurs?

M. Charlebois: Pour un centre d'accueil, ce n'est pas...

M. Iglesias: Les règles de soins n'apparaissent pas là, actuellement. Ça n'empêchera pas de les mettre plus tard.

Une voix: Compte tenu du...

M. Trudel: En termes de logique, c'est que là où il y a des médecins qui opèrent, donc, il y a nécessairement des règles d'utilisation des ressources qui sont adoptées.

M. Iglesias: La problématique, c'est le petit nombre, c'est...

M. Chevette: Pourquoi dis-tu le D.G.? C'était un médecin.

M. Charlebois: Dans le cas du CLSC, c'est exactement la logique qu'on a ici, à 141.6. Le règlement fait en sorte que, sur les règles de soins, le médecin responsable relève du C.A.

M. Trudel: On est à élaborer les règlements parce que la profession médicale est entrée dans le cadre d'opération des CLSC, sauf que, là, il y a d'autres endroits que le centre hospitalier où le CLSC qui peuvent être concernés. Si vous voulez avoir un texte qui couvre toute la réalité, vous allez dire: Quand il y a des règles d'utilisation des ressources qui sont prévues dans un

établissement, dans un centre, eh bien ça, ça doit se faire toujours approuver par le conseil d'administration, sur recommandation de l'organisme en place au niveau du corps médical: un CMDP, un service médical ou un médecin responsable.

Je pense que c'est normal que, dans un établissement, on puisse avoir... Évidemment, si c'est vrai, si la réalité est vraie pour les centres hospitaliers ou les centres où il y a cinq médecins et plus et qu'on prend soin de préciser qu'il pourrait y avoir autre chose qui s'appelle un service médical ou un médecin responsable des services médicaux, il me semble que la logique implique que nous considérons également l'autre forme de la réalité.

M. Côté (Charlesbourg): La solution à ce problème-là réside probablement dans la mise à jour du règlement concernant les centres d'accueil, qui date de 1982, par rapport à celui des CLSC qui, lui, est de 1989 et est plus à date.

M. Trudel: On l'a ajouté hier à l'article. On l'a réglé "built-in" dans la loi, hier, à l'article... Quel numéro, là?

Une voix: C'est 141.

M. Trudel: Oui, je pense que c'est 141. C'est ça, 141.

M. Côté (Charlesbourg): 141.1.

M. Trudel: Oui, c'est ça. Excusez, ce n'est pas ça.

M. Côté (Charlesbourg): L'article 141.1.

M. Trudel: L'article 141.1, à 4°.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, en harmonisant les deux règlements, ça réglerait ce... dans la loi. (11 h 45)

M. Iglesias: Celui des centres d'accueil est beaucoup plus vieux que celui des CLSC. C'est ça, ça reflète ça. C'est le temps de faire le ménage.

M. Trudel: La simplification est beaucoup plus grande de mettre ça dans la loi comme on l'a fait hier, partout où il y a un service.

M. Iglesias: Mais il va falloir faire un petit peu attention avant de mettre ça dans la loi parce que vous pouvez trouver un endroit où vous avez un médecin et un dentiste

M. Chevette: Il y a des services médicaux, donc?

M. Iglesias: Oui, il y a un médecin et un dentiste. À ce moment-là... Un pharmacien et un

médecin. Je pense qu'on peut harmoniser le règlement bien plus facilement et laisser une flexibilité là.

M. Chevette: C'est beau.

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 141.6, adopté?

M. Chevette: Adopté.

Le Président (M. Joly): L'article 141.6, nouvel article, adopté. J'appelle l'article 148.1.

Le directeur des services professionnels

M. Côté (Charlesbourg): Ajout de la sous-section 2.1 et de l'article 148.1. Insérer, après l'article 148...

M. Chevette: Ça n'est pas 143.1?

Le Président (M. Joly): Non, 148.1.

M. Chevette: 143.1, c'est quoi, ça?

M. Côté (Charlesbourg): 143 va venir ultérieurement, dans d'autres démarches.

M. Chevette: O.K. Ça va.

M. Côté (Charlesbourg): Moi, je me suis mis à l'ordre, là.

M. Chevette: ...directeur.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, '2.1 Le directeur des services professionnels.

"148.1 Le directeur des services professionnels doit être nommé par tout établissement qui exploite un centre hospitalier ou par tout établissement désigné centre de santé qui exploite à la fois un centre local de services communautaires et un centre hospitalier. Dans ce cas, le directeur doit être un médecin et être nommé après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que, dans le cas d'un établissement qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, après consultation de l'université à laquelle l'établissement est affilié.

"Un directeur des services professionnels peut être nommé par tout autre établissement."

M. Chevette: Si je comprends bien, M. le ministre, c'est l'article qui vient officialiser légalement la "bicéphalie" dans la gestion.

M. Côté (Charlesbourg): C'est une manière de voir les choses.

M. Chevette: Ce n'est pas une mauvaise manière de voir les choses?

M. Côté (Charlesbourg): C'est, évidemment... C'est un poste administratif d'abord qu'il faut voir. Et je pense que, si on veut parler de "bicéphalie", c'est davantage le CMDP que le DSP.

M. Charlebois: Le DSP, c'est l'unité de direction. C'est administratif.

M. Côté (Charlesbourg): Mais si la même question se posait au cas du CMDP, vous auriez...

M. Chevette: Non, mais c'est la première fois qu'apparaît un article divisant l'administratif du médical dans la gestion.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. C'est pour ça que ma réponse était aussi ambiguë, mais si vous posiez la même question au niveau du CMDP, la réponse serait plus claire.

M. Chevette: Bon, bien, je vous la pose.

M. Côté (Charlesbourg): Surtout dans la consécration.

M. Chevette: Je vous la pose sur la consécration officielle. O.K.

M. Côté (Charlesbourg): D'accord, mais pas là. Là, c'est parce que c'est la ligne d'autorité sur le plan administratif. Ce n'est pas nécessairement là, mais... Je comprends le sens de votre question. On est aussi bien de répondre à celle qui va venir plus tard tout de suite.

M. Charlebois: Ça consacre la réglementation.

M. Chevette: Au niveau d'un CLSC... Je pense que c'est Forestville qui a un CLSC et un centre de santé. Il faut absolument cinq médecins pour créer un CMDP. Je suppose que c'est la même chose au niveau d'un DSP. Parce que, ici, tel que libellé, il pourrait y avoir un DSP sans nécessairement avoir cinq...

M. Charlebois: Un DSP doit être créé en centre hospitalier. C'est ce que l'article dit.

M. Chevette: L'établissement désigné centre de santé qui exploite à la fois un centre local de services communautaires et un centre hospitalier.

M. Charlebois: O.K. Alors, centre de santé, ce n'est pas comme à Forestville où il y a un centre d'hébergement avec le CLSC. C'est plus un centre hospitalier et centre...

M. Chevette: Bien, donnez-moi donc un exemple concret, là.

M. Charlebois: Blanc-Sablon, Ville-Marie...

M. Chevette: Basse-Côte-Nord.

M. Charlebois: Basse-Côte-Nord, Ville-Marie. Il y en a une dizaine. Alors, c'est CLSC et centre hospitalier de courte durée et non pas CLSC et centre d'hébergement.

M. Chevette: Dans un cas comme Forestville, il n'y a pas "obligation de"?

M. Charlebois: Non.

M. Chevette: Mais s'il y a cinq médecins, il peut y avoir un CMDP sans DSP dans un endroit comme Forestville?

M. Charlebois: C'est ça.

M. Iglesias: C'est le directeur général qui doit jouer le rôle de DSP.

M. Chevette: Vous seriez mieux de ne pas parler de ça, jamais. Ne créez pas de problèmes, docteur. Vous savez, ça en a assez fait.

M. Côté (Charlesbourg): Surtout à Forestville.

M. Iglesias: C'est ça qu'on marque dans la loi, hein?

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: O. K.

M. Chevette: Ça, ça va 30 secondes. Je peux poser ma question tout haut? C'est: Quelle est la raison pour ne pas permettre... Si on permet la création d'un CMDP même dans un centre de santé, pourquoi il n'y aurait pas un DSP? C'est ça que je ne comprends pas.

M. Iglesias: Dans un centre de santé?

M. Chevette: Bien oui. Dans un cas comme Forestville, si vous dites qu'ils sont 10 médecins, mettons, ou 7 médecins, je ne sais pas, moi, qui viennent pratiquer là, ils sont plus que 5, donc ils ont droit à un CMDP. Et il n'y aurait pas de directeur des services professionnels?

M. Iglesias: Non.

M. Chevette: Alors que tu peux avoir, à Ville-Marie, par exemple, 6 médecins et non pas 10, et il y aurait un CMDP et un DSP?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, parce que c'est un centre de santé.

M. Chevette: Parce que c'est un centre dit hospitalier.

M. Charlebois: C'est ça. En fait, cet article...

M. Chevette: Mais, dans les faits, il se fait seulement de l'hébergement, vous dites, quand vous les appelez centres de santé.

M. Côté (Charlesbourg): Non.

M. Charlebois: Non. Un centre de santé, ça réunit un CLSC et un centre hospitalier de courte durée. C'est ce que ça réunit. Un DSP doit exister en centre hospitalier, et c'est un médecin. Alors, un CLSC où il n'y a pas de centre hospitalier, il peut avoir 10, 12 médecins, mais l'activité prépondérante du CLSC, ce n'est pas nécessairement les services médicaux.

M. Chevette: Non, mais il se fait de l'hébergement. Dans le cas du CLSC de Forestville, il se fait de l'hébergement, puis c'est de la courte durée.

Une voix: Non, ce n'est pas nécessairement de l'hébergement.

M. Iglesias: C'est un centre d'accueil.

M. Chevette: C'est un centre d'accueil, oui, mais les maladies chroniques, les actes gériatriques qui se posent, est-ce qu'ils les envoient pour des chirurgies électives ailleurs?

M. Charlebois: Normalement.

M. Chevette: Il ne se pose pas de gestes...

M. Côté (Charlesbourg): Oui. C'est oui.

M. Chevette: C'est oui? Correct.

M. Charlebois: C'est comme tout autre centre d'hébergement.

M. Chevette: Si c'est oui, je comprends. Je pensais que l'information était à l'effet qu'il y avait des gestes qui se posaient sur place.

M. Côté (Charlesbourg): Selon un docteur qui a été sur la Côte-Nord pendant un certain temps, il dit que c'est à Baie-Comeau qu'ils sont acheminés.

M. Chevette: DSC. Département de santé communautaire.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça..

M. Chevette: Je me rappelle qu'il m'a déjà dit ça. Correct. Adopté..

Le Président (M. Joly): La nouvelle sous-section 2. 1 et le nouvel article 148. 1, adoptés?

M. Chevette: Adopté.

Le Président (M. Joly): Adopté. J'appelle l'article 148.2.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer, après l'article 148.1, l'article suivant: "148.2 Sous réserve de ce que prévoit le plan d'organisation de l'établissement et sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels coordonne l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement avec les autres directeurs concernés."

M. Chevette: On va essayer de démêler ça. Si on fait un organigramme, là, tu as le D.G. de l'hôpital... c'est-à-dire que tu as le conseil d'administration qui est l'autorité ultime.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Chevette: Le conseil d'administration est l'autorité ultime. Là, vous avez un D.G.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Chevette: Vous avez un DSP. O.K.? Qui est sous l'autorité du D.G., mais dont l'activité administrative médicale ne relève absolument pas du D.G. mais relève du CMDP, directement au conseil d'administration. Bien, c'est arrondir les coins mais expliquez-le-moi donc autrement, d'abord.

M. Iglesias: C'est arrondir. C'est parce que là, vous tournez une rue complète.

M. Chevette: Faites-le donc, votre pâté de maisons, vous, là.

M. Iglesias: Quand vous dites l'activité médicale, on a vu tantôt que le chef de département coordonnait les activités - le chef de département clinique - c'est des activités faites par les médecins, et c'est sous l'autorité du DSP qui, lui-même, est sous l'autorité du directeur général. Alors, à ce moment-là, il y a toute une partie de l'activité des médecins qui est dans la ligne hiérarchique du directeur général.

Quand vous tombez dans l'autre partie, qui est celle sous la responsabilité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le chef de département est ce qu'on vient de voir tantôt. À ce moment-là, c'est sûr que là, le DSP a un certain rôle de surveillance par rapport à cette partie-là, on peut dire, entre guillemets, beaucoup plus professionnelle et que la hiérarchie est vers le CMDP et vers le C.A. Il y a toute une partie de l'activité qu'on a vue tantôt dans les fonctions qui sont reliées au chef de département, au DSP, où c'est dans la ligne hiérarchique du directeur général.

M. Chevette: Donc, c'est le chef de département qui est le plus mal pris dans ça. Il est entre deux feux.

M. Iglesias: Habituellement, il est...

M. Chevette: Entre le CMDP et le DSP.

M. Iglesias: Il se débrouille bien, le chef de département.

M. Chevette: Je ne dis pas qu'il ne se débrouille pas bien. Je vous dis que j'essaie de le situer, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Je n'ai pas essayé de tourner les coins trop ronds. Je suis parti de votre propre explication et vous allez au plus court sans répondre à ma question. Le degré d'autorité du chef... Le chef de département relève donc de deux autorités.

M. Iglesias: Oui. Ça, c'est clair. Si vous posez la question comme ça, c'est oui.

M. Chevette: C'était de même que je l'avais posée.

M. Iglesias: Mais si vous dites que le directeur général n'a rien à voir avec l'activité des médecins, ça, c'est non.

M. Chevette: Non. Le DSP pourrait très bien avoir une pensée face à telle activité, le CMDP pourrait en avoir une autre. Le CMDP fait son rapport directement au conseil d'administration alors que le DSP pourrait forcer, moralement en tout cas, ses chefs de département à faire telle autre chose. Avez-vous pensé à cette situation?

M. Iglesias: Moi, je pense que dans le modèle qui est là, qui est le modèle d'évaluation par les pairs de l'acte médical et de coordination par les chefs de département sous l'autorité du DSP, je pense que votre question... Je ne sais pas si vous pouvez prendre un exemple. Peut-être qu'avec un exemple on pourrait regarder ça.

M. Chevette: Je pense, par exemple, que dans certains centres hospitaliers on sait qu'il y a conflit très ouvert entre certains DSP et certains CMDP, c'est très ouvert. Vous avez vu ça à plusieurs endroits, concernant surtout, en particulier, les volumes d'actes à poser, entre autres. Il y a des médecins du CMDP qui disent: Il faut poser tel acte à cause des dangers de poursuite de médecins; c'est pour telle raison qu'on pose... Le DSP dit: Non.

M. Iglesias: Règle de soins.

M. Chevrette: Règle de soins.

M. Iglesias: Il y a une règle de soins qui est faite par le chef de département. Cette règle de soins-là doit être recommandée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et approuvée par le conseil d'administration. À ce moment-là, il me semble clair que le chef de département doit faire une règle qui est défendable auprès du conseil d'administration, sous la recommandation... Ça n'a pas de bon sens.

M. Chevrette: Donc le DSP, à ce moment-là, a seulement à...

M. Iglesias: Par contre le DSP, n'oubliez pas, il siège au niveau de l'exécutif du conseil des médecins et dentistes. Il peut bien défendre sa position. Il a une voix.

M. Chevrette: Non, mais il pourrait se faire battre. Dans certains hôpitaux, il se fait battre assez régulièrement.

M. Iglesias: Il peut se faire battre. Il se fait battre, c'est tout. Un des points, peut-être, qui est en dessous de la problématique, c'est que s'il n'y a pas de règle de soins, naturellement, là vous êtes dans le...

M. Chevrette: C'est là que les chicanes existent.

M. Iglesias: C'est là que la chicane poigne.

M. Chevrette: C'est à l'établissement, bien souvent, d'ailleurs, de régler ça.

M. Iglesias: Mais l'arme du DSP, c'est de dire à son chef de département: Fais-en une, une règle de soins. Fais-la approuver par le CMDP.

M. Chevrette: Non, non. Mais si j'ai commencé à discuter du sujet global, c'est que vous dites que le D.G., on l'a relégué à l'administratif, alors que le DSP relève du D.G. Si vous mettez une autorité exclusive en matière médicale, le CMDP qui relève directement du conseil d'administration et non pas du D.G., alors que vous remettez le DSP en autorité sur les pratiques médicales, relevant du D.G., ça m'apparaît un petit peu... C'est une "bicéphalie" embêtante qui peut créer des conflits. C'est une situation conflictuelle. Quand le CMDP obtient l'autorité ultime relevant du C.A. et que le D.G. devient le supérieur du DSP qui, lui, a l'autorité, sur le plan théorique, comme vision de la gestion par la suite, ça m'apparaît ambigu.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais il faut regarder où étaient les problèmes. Je pense que, vous l'avez dit vous aussi, c'est davantage sur les règles d'utilisation des soins et il n'y a pas

d'obligation de faire des règles. Maintenant, aujourd'hui, il y aura l'obligation de faire des règles. À partir du moment où ça peut régler un certain nombre de problèmes... C'est à partir des problèmes que les solutions actuelles ont été imaginées pour tenter d'en régler le plus possible. Il y a un pas en avant.

M. Chevrette: Compte tenu qu'il est midi, je reviendrai là-dessus 30 secondes après le dîner.

Le Président (M. Joly): Alors, nous suspendons nos travaux jusqu'à 14 heures.

(Suspension de la séance à 12 h 2)

(Reprise à 14 h 19)

Le Président (M. Joly): La commission reprend ses travaux.

Au moment de suspendre, nous étions à l'article 148.2 et M. le député de Joliette et leader de l'Opposition avait encore, je pense, quelques commentaires.

M. Chevrette: Oui. Je vais traiter de 148.2 et 148.3 en même temps parce que c'est quand même... C'est sous l'angle du principe et non pas sous l'angle des données qu'il y a là. On me dit que c'est un peu la répétition de ce qu'il y avait dans l'ancienne loi. Mais il m'apparaît que, lorsqu'on établit la "bicéphalie" ou l'autorité déléguée, si on veut que le médical relève du conseil d'administration - ça m'apparaissait logique ça - et que l'administratif relève de la partie du D.G. ou du directeur général, sans devoir passer nécessairement par le conseil d'administration... Quand on relit les articles 148.2 et 148.3, on identifie clairement l'autorité du D.G. sur le DSP. Donc, je continue en disant que, dans 148.2, on identifie l'autorité du D.G. sur le DSP pour la coordination de l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement.

Dans 148.3, c'est une question de principe pour les deux. "Sous l'autorité du directeur général - c'est clair et net, bien identifié, il n'y a pas d'équivoque là-dessus - le directeur des services professionnels visé au premier alinéa de l'article 148.1 doit, en outre des fonctions prévues à l'article 148.2..." Il doit donc coordonner l'activité professionnelle qu'on retrouve là. Il y a en plus "diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département", ce qui crée indirectement, même directement dis-je, un lien d'autorité du D.G. sur les chefs de département. Donc, c'est quoi par rapport à l'autorité absolue des médecins en matière médicale dans un cadre de "bicéphalie"? Si vous y retournez par le biais de l'autorité du D.G. sur le DSP, vous voulez défaire ce que vous avez donné dans un premier temps au niveau de l'autorité du CMDP directe-

ment par le conseil d'administration. Je ne comprends pas ça ou je comprends trop, c'est l'un ou l'autre. Ça dépend duquel des deux va répondre.

Le Président (M. Joly): M. Charlebois.

M. Chevette: Donc, je comprends trop.

M. Charlebois: En fait, le DSP, il a une responsabilité directe sur les chefs de département quant aux responsabilités prévues à l'article 141.3. À 141.3, on l'a vu un peu plus tôt, il s'agit là d'un ensemble de fonctions ou de responsabilités que le chef doit assumer et qui se rapportent plus aux dimensions administratives de l'exercice de la profession. Donc, les règles d'utilisation des ressources, les listes de garde, s'assurer d'une distribution appropriée des soins, ce sont les principaux éléments.

M. Chevette: Merci, Me Charlebois. Pas maître, mais M. Charlebois. Maître? Non. Vous êtes arrangé comme moi.

M. Charlebois: Comme vous.

M. Côté (Charlesbourg): Tout comme, tout comme.

M. Chevette: Vous avez enseigné, je suppose. Vous êtes un maître enseignant.

M. Charlebois: Pas du tout.

M. Côté (Charlesbourg): Il y a bien des maîtres qui n'ont pas votre compétence.

M. Chevette: Prenons le 4^e de l'article 148.3...

M. Charlebois: Oui, 148.

M. Chevette: ...puis lisons-le lentement: "surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins." O.K. Vous dites que le DSP...

M. Charlebois: C'est parce que je n'étais pas là.

M. Chevette: Non, non, mais moi, je suis rendu là. Je vous arrêtais parce que votre...

M. Charlebois: Moi, j'y vais par étapes là.

M. Chevette: ...explication était pour justifier toute autre chose que ça.

M. Charlebois: C'était pour justifier le premier alinéa parce que c'est sur le premier alinéa que vous m'avez posé une question.

M. Chevette: Non, non. C'est sur l'ensemble de 148. Je m'excuse.

M. Charlebois: Ah! J'ai...

M. Chevette: Sur l'ensemble, j'ai dit que j'en faisais un principe. Vous ne me ferez pas dire ce que je n'ai pas dit non plus. Ne commencez pas ça.

À 4^e de 148.3, vous dites que le DSP surveille le fonctionnement des comités du CMDP - ce n'est pas des farces - qui, lui, ne relève même pas du D.G., mais directement du conseil d'administration. Là, vous dites au DSP qui, lui, relève du D.G.: Surveille donc ce qui n'est pas tes affaires. Ça ne marche pas, ça.

M. Charlebois: Alors ça, c'est le résultat de la "bicéphalie".

M. Chevette: Oui, mais ce n'est pas une "bicéphalie", ça, c'est une entourloupette pour redonner au D.G. ce qu'on lui a enlevé dans un premier temps, n'essayez pas.

M. Charlebois: Non, en fait, les comités comme tels du CMDP et le CMDP, c'est... Évidemment, les comités sont sous la tutelle du CMDP, et les responsabilités du CMDP sont très claires. Le DSP, effectivement, a un rôle de surveillance de ces comités pour s'assurer que les comités soient en force...

M. Chevette: En quoi est-il redevable?

M. Charlebois: ...mais ce n'est pas une fonction. Je veux juste terminer.

M. Chevette: Non, non.

M. Charlebois: Ce n'est pas un rôle ou une fonction de contrôle que le DSP a sur les comités. Il a, par ses fonctions, la responsabilité de voir à ce que les comités fonctionnent, et il s'assure que ce conseil, le CMDP...

M. Chevette: M. Charlebois.

M. Charlebois: ...contrôle et apprécie. Donc, il exécute ces tâches.

M. Chevette: M. Charlebois, relisez donc 148.3. On va prendre des bouts de phrase, vous ne pouvez pas les ignorer là...

M. Charlebois: 148.3, quel alinéa?

M. Chevette: Sous l'autorité du D.G. - c'est correct, êtes-vous capable de lire la première ligne - du directeur général, le directeur des services professionnels visé au premier alinéa surveille le fonctionnement - quatrième point - des comités du conseil des médecins, dentistes,

pharmaciens. Donc...

Une voix:...

M. Chevette: Je vais finir ma phrase. Donc, le CMDP, dans son fonctionnement, en ce qui regarde tout l'aspect médical, relève du conseil d'administration et non du D.G. Ici, vous dites que c'est le résultat de la "bicéphalie". Ça, c'est une réponse bien trop facile. Ce n'est pas de la "bicéphalie", ça. Après avoir affirmé que tout le médical relevait du CMDP et directement du conseil d'administration, vous redonnez au D.G., via le DSP, l'autorité, même sur le fonctionnement de son propre comité qui ne relève pas du tout du D.G., mais du conseil d'administration.

M. Charlebois: Oui. Mais ce que je vous disais - peut-être que le Dr Iglesias va compléter - c'est que ce n'est pas une responsabilité de contrôle que le DSP a sur les comités. J'ajouterai aussi que ça existe déjà dans la loi actuelle. C'est exactement le même texte qui est reconduit, à la différence d'un mot qui est "apprécie".

M. Chevette: Apprécier, c'est porter un jugement de valeur, ça, apprécier. C'est correct?

M. Charlebois: Non. Excusez. C'est, effectivement, porter un jugement...

M. Chevette: C'est vous qui avez dit ça.

M. Charlebois: Oui, je sais. C'est porter un jugement de valeur...

M. Chevette: Vous vous êtes trompé.

M. Charlebois: ...mais je n'ai pas dit que le DSP apprécie. J'ai dit le mot "apprécie" dans le paragraphe 4° qui dit: S'assurer que ce conseil, donc le CMDP, contrôle, donc c'est le conseil qui contrôle, et apprécie adéquatement les actes. C'est le conseil qui apprécie.

M. Iglesias: C'est la loi...

M. Chevette: Si tu n'as pas d'autorité et que tu es chargé de faire apprécier des gens qui ont l'exclusivité de juridiction, vous ne trouvez pas que c'est fou comme de la merde? Aïe! Il n'a pas la responsabilité et il est chargé d'apprécier. Voir si le conseil... Ça n'a pas d'allure, votre affaire!

M. Iglesias: M. Chevette, c'est la loi actuelle.

M. Chevette: Vous m'avez répondu ça chaque fois que vous n'aviez pas vos réponses, que c'était la loi actuelle.

M. Iglesias: Je vais vous répondre maintenant.

M. Chevette: On est dans une réforme là, et ça n'y était pas dans votre projet de loi, au début, Dr Iglesias.

M. Iglesias: Je vais vous répondre...

M. Chevette: Bon. Répondez-moi autre chose que la loi actuelle, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Juste pour ajouter à votre malheur...

M. Chevette: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): C'est parce que j'étais après regarder quand est-ce que ça avait été modifié la dernière fois. C'est le 21 décembre 1984.

M. Chevette: Ça ressemble à ça. Ça ne veut rien dire du tout.

M. Côté (Charlesbourg): Je conviens...

M. Chevette: Oui, mais on n'était pas, à ce moment-là, dans une réforme.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

M. Chevette: Vous pouvez me sortir n'importe quelle date et vous amuser là-dessus. Je pourrais m'amuser avec toutes les clauses que vous avez ajoutées au mois d'août. Donc, ce n'est pas ça là...

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, non. D'ailleurs...

M. Chevette: On est dans une réforme.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça

M. Chevette: On est supposé avoir décidé qu'il y avait une ligne d'autorité. Si vous vous êtes amusés comme des petits fous au mois d'août, nous autres, on vous a regardés aller. On regarde le fruit aujourd'hui, le fruit qu'il y a là, qui est une réforme où il y avait du monde qui devait poser des gestes clairs, précis, bien identifiés. On fait une conférence de presse pour expliquer après que, dorénavant, il y a deux lignes d'autorité dans le système, clairement identifiées, très précises.

La première ligne, c'est ce qui regarde le médical, ça ne relève pas du D.G., ça relève directement du conseil d'administration. La deuxième ligne, c'est que tout ce qui est administratif relève du D.G. C'est ça que vous avez dit, oui ou non? À partir de là, prouvez-moi à l'aide de vos textes ici, dans le cadre d'une

réforme actuelle, en oubliant la loi actuelle... Si ça avait été ça, vous n'auriez pas eu besoin de faire des négociations tout l'été pour remettre le texte de la loi actuelle. Vous n'aviez pas, non plus, à faire un drame et à faire permettre au premier ministre de convoquer les médecins à la dernière minute, en juin, pour reporter ça en août, si vous vouliez remettre la loi actuelle.

Vous êtes dans le cadre d'une réforme, et la réponse, je la veux plus intelligente que ça. Je veux savoir ce qui vous permet ou vous a incités, dans le cadre de votre "bicéphalie", à avoir la clarté des juridictions et à créer une affaire de même qui vous permet de remettre l'autorité du D.G. en place, sur le plan médical, alors que vous ne vouliez pas le faire. C'est ce que vous avez dit aux médecins que vous ne feriez pas. C'est ça.

(14 h 30)

M. Iglesias: Le sens de 4°, ce n'est pas d'accomplir une tâche, c'est de voir à ce qu'elle soit faite. Les structures médicales dans un CH, ce sont des structures médicales professionnelles. Ce sont des structures qui sont formées par les médecins qui sont de libres entrepreneurs à l'intérieur de la boîte, qui relèvent du conseil d'administration, et qui sont redevables, pour une partie de leur travail, au conseil d'administration. Il est pensable, et c'est déjà arrivé, ça arrive que cette structure-là qui est relativement flexible, souple, qui n'est pas payée, qui fait son travail comme si c'était son travail professionnel, elle n'accomplisse pas complètement ses fonctions.

Dans la loi actuelle et dans cette loi-là, ce qui est proposé, c'est qu'il y ait un arrimage de façon à ce que, sans que le DSP fasse le travail, il ait l'autorité pour surveiller, pour voir à ce que ça se fasse, le travail, et rappeler à l'ordre, si nécessaire, cette structure-là. C'est une fonction qui a été confirmée par des jurisprudences assez répétées où, lorsqu'un comité ou un conseil des médecins et dentistes n'a pas fait le travail, il s'est fait rappeler à l'ordre par le DSP. Mais ce n'est pas un pouvoir hiérarchique. C'est un pouvoir de gardien, c'est un pouvoir de surveillant pour sonner la cloche, pour dire: Il se passe ici quelque chose. Il y a d'autres mécaniques au niveau de notre système pour arriver à ça.

M. Chevette: Je vais vous poser une petite question, si je vous suis, là. Le DSP peut ramener à l'ordre le CMDP qui fonctionne mal au niveau de ses comités. C'est ça que vous me dites?

M. Iglesias: C'est ça. Il pourrait lui dire: Tu ne fais pas ton travail.

M. Chevette: Mais est-ce qu'il le fait ou non sous l'autorité du D.G., en vertu de votre texte?

M. Iglesias: Oui, il le fait sous l'autorité.

M. Chevette: En vertu de votre texte, il le fait sous l'autorité du D.G. En quoi le D.G., maintenant, a-t-il autorité sur les comités médicaux et sur le CMDP en vertu de votre loi?

M. Iglesias: Il y a un article que l'on a passé tantôt, qui donne au D.G. l'obligation d'avoir une surveillance sur l'activité scientifique et administrative de son établissement. On l'a passé tantôt. C'est l'article 143 qui va passer tantôt. Le D.G. demeure quand même responsable, avec son conseil, de ce qui se passe dans sa boîte, mais il faut que quelqu'un qui est là, qui fait partie de...

M. Chevette: Si on suivait la logique de la "bicéphalie", le DSP devrait recourir au conseil d'administration parce que c'est le conseil d'administration, et non pas le D.G., qui, en matière médicale, a la responsabilité dans la "bicéphalie" que vous nous avez expliquée.

M. Iglesias: Comme je l'ai dit tantôt, c'est peut-être le point de départ de votre problématique. C'est le bloc de tantôt, là. C'est la rue et le bloc. C'est que ce que vous appelez "activité médicale" a été séparé en deux dans l'article 143 pour définir ce qui est relié au niveau de l'activité administrative et de l'activité qui est purement professionnelle. C'est là que le lien se fait.

Maintenant, vous me dites: L'évaluation de l'acte médical, c'est quelque chose qui doit être fait par les médecins et qui doit être surveillé par le conseil d'administration. Effectivement, vous avez parfaitement raison. Le seul pouvoir que le directeur général a, via son DSP, que son DSP a en relevant de son directeur général, c'est de voir à ce que ce travail-là se fasse, de s'assurer qu'il se fasse. S'il ne se fait pas, il lui reste, à ce moment-là... Naturellement, il siège lui-même avec le directeur général à l'exécutif du conseil des médecins et dentistes. Il va amener le problème là et, si ça ne se fait pas, naturellement, le directeur général le ramènera au conseil d'administration. Mais, dans une situation normale, ni le DSP ni le D.G. ne font l'évaluation de l'acte médical. Ils ne font que s'assurer que ça se fait, que la mécanique fonctionne. Je pense que c'est un mécanisme très salutaire.

Même si on peut se fier, à un haut degré, au corps professionnel pour s'autoévaluer, il ne faut pas attendre non plus d'autres mécanismes qui viennent plus loin au niveau de notre société pour évaluer l'acte médical - comme les visites de la corporation professionnelle - et découvrir que pendant trois ans il y a un établissement avec un conseil de médecins et dentistes qui a fait son travail, via ses comités, à moitié. Il faut que quelqu'un plus sur le terrain le fasse et

cette personne-là, la tradition, ce qu'on a eu comme tradition et comme pensée, c'est que c'était le DSP qui est responsable des aspects scientifiques.

Maintenant, le directeur général, lui aussi, a cette responsabilité-là de voir à ce que ce travail-là se fasse. Mais en aucun moment cet article-là ne veut dire que ni le DSP ni le D.G. ne vont le faire, le travail. C'est une obligation de voir à ce que ça se fasse. C'est comme ça que je le vois. C'est une nuance importante. Je pense que, s'il y avait un avocat, il nous dirait l'importance que ça peut avoir comme nuance.

M. Chevette: Il y a des avocats en arrière.

M. Iglesias: Mme Demers, la jurisprudence du 3°, surveiller, c'est vraiment de voir à ce que ça se fasse, le travail?

M. Chevette: Sur quelle assise juridique, Mme Demers? J'aimerais ça vous entendre, moi.

M. Iglesias: Ce n'est pas un pouvoir d'exécution. Tu vois que ça...

M. Chevette: Pouvoir de quoi?

M. Iglesias: C'est un pouvoir de surveillance. *Surveiller* veut dire, c'est voir que ça se déroule bien et, à ce moment-là, tu fais appel aux instances qui doivent prendre des mesures. L'ultime instance, ça va être le conseil d'administration.

M. Chevette: Sauf que le gars, il est... L'ultime recours du lien direct passe par un D.G. qui n'en avait pas.

M. Iglesias: Mais le D.G., lui-même, ne peut pas non plus, dans les situations normales il y a des cas d'exception où il peut suspendre des privilèges...

M. Chevette: Si un CMDP envoyait paître un DSP...

M. Iglesias: Ah! Bien là...

M. Chevette: ...en disant: Nos comités fonctionnent. Le D.G., il ne peut rien faire puisque le travail, le jugement de valeur vis-à-vis de l'administration de la partie médicale relève exclusivement du conseil d'administration. Oui ou non?

M. Iglesias: Oui. La partie médicale, la partie qui est reliée à l'évaluation de l'art de pratiquer la médecine et la partie qui est reliée aux privilèges, à la nomination, aux sanctions, ils sont d'accord avec ça.

M. Chevette: À l'alinéa 4°, en fait, vous

créez une obligation pour le DSP d'obliger les conseils ou les comités... d'apprécier si le travail se fait, c'est plutôt ça.

M. Iglesias: C'est une question... Vous voulez dire apprécier, vous voulez dire voir à ce que...

M. Chevette: Entendez-vous. M. Charlebois m'a dit tantôt que l'appréciation se faisait par le conseil.

M. Charlebois: Le CMDP.

M. Chevette: Oui, oui.

M. Charlebois: Et ses comités.

M. Chevette: Oui, mais c'est une obligation que vous créez pour le DSP, de voir à ce que les comités et le conseil fassent le boulot qui est requis dans les circonstances, au niveau des coutumes, des habitudes, des obligations de faire, etc. Moi, ce dont je discute, sur le plan des principes, c'est que le DSP le fait sous l'autorité du D.G. Dans la "bicéphalie" que vous avez décidée et qui, à mon point de vue, était logique - je ne contreviens pas à ça - je vous dis *tout* de suite que votre conseil d'administration, à ce moment-là, est... Comment dirais-je? On donne à un D.G. une autorité qu'on lui avait enlevée dans la "bicéphalie". On disait que tout l'aspect médical relevait du conseil d'administration direct, sans passer par le D.G. C'est pour ça que j'appelle ça une entourloupette. C'est tout. Vous n'êtes pas obligé d'être d'accord avec moi, mais je vous dis que c'est de même que je le vois.

M. Côté (Charlesbourg): Ça continue, sauf qu'il y a un pouvoir de surveillance. Un pouvoir de surveillance, ça ne veut pas dire qu'il exécute, ça veut dire qu'il surveille. Tu t'assures que ça se fasse.

M. Chevette: Mais comment voulez-vous surveiller quelque chose pour lequel vous êtes jugé inapte et incompetent à le faire, puisqu'on vous l'a enlevé? Si vous disiez: Le DSP relevant du conseil d'administration est chargé de surveiller l'efficacité du travail des conseils et des comités, je vous dirais: Oui, parce que le DSP est un médecin. On l'a défini, il est chargé d'apprécier le travail qui est fait par des professionnels, mais ce n'est pas ça que vous me dites. Vous me dites: Le DSP, sous l'autorité du D.G... Vous avez précisément enlevé cette juridiction au D.G. pour la remettre au conseil d'administration, sous prétexte que ça ne relevait pas de lui, et vous lui remettez/ ici. C'est ça que j'appelle des entourloupettes. Si vous me dites: Le DSP est chargé de faire apprécier le travail, etc., mais fait rapport au conseil d'administration, je vous trouverais logique dans votre "bicéphalie", mais

pas avec l'entourloupette que vous faites là. Vous redonnez au D.G. ce que vous lui avez enlevé au niveau du discours, quand vous avez parlé aux médecins. Je ne sais pas si on se comprend? Logiquement, vous feriez un amendement et vous diriez: Le DSP devra faire rapport au conseil d'administration sur l'évaluation, à 4°, "surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens..."

M. Côté (Charlesbourg): Surveiller, ce n'est pas de l'évaluation.

M. Chevette: Oui, mais pour surveiller et apprécier quelque chose, il faut que tu aies la compétence pour le faire.

M. Iglesias: Il y a un point important également.

M. Chevette: Ce ne sont pas tous des médecins qui sont D.G. d'hôpitaux.

M. Iglesias: Le fonctionnement, le postulat de base dans un centre hospitalier, c'est qu'il y a un directeur général qui voit au fonctionnement du centre. Il y a certaines des fonctions qui sont dirigées, coordonnées directement par lui. Il y en a d'autres pour lesquelles il s'en remet à des jugements professionnels dont l'ultime sanction est faite par le conseil d'administration. Ça, c'est l'économie générale. Mais en aucun moment il ne faut arriver à déresponsabiliser le directeur général par rapport à... voir à ce que son centre marche. Si l'on faisait ce que vous dites, il y aurait peut-être une cohérence dans la logique de la "bicéphalie", mais on arriverait à une...

M. Chevette: Je vous remercie de reconnaître qu'il y a une cohérence.

M. Iglesias: ...déresponsabilisation du directeur général par rapport au fonctionnement de son centre, tout en disant que le directeur général ne peut pas faire lui-même ce travail-là, ni le DSP d'ailleurs. Mais devant le conseil d'administration, c'est le directeur général qui doit voir à son fonctionnement, soit par son travail d'administration direct, soit par un pouvoir d'agir.

D'ailleurs, c'est une chose qui, dans la vie courante, avec un DSP... Supposons que vous enleviez le DSP, il n'y a plus rien. Mais dans la vie courante, c'est un mécanisme qui est utile, que le directeur général soit responsabilisé face à l'activité de son établissement. Autrement dit, si vous regardez sur deux logiques, une logique de cohérence complète, de dire: Ça va au conseil d'administration... Mais cette personne-là qui est le directeur général a quand même la responsabilité que son établissement marche. Elle va marcher avec deux moteurs: un moteur profes-

sionnel qui juge la compétence des membres d'une profession, une évaluation, mais également avec un moteur administratif qui doit voir à ça.

M. Chevette: Mais apprécier... Je finis là-dessus. Lisez 4°, docteur: "et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par l'établissement". Ça, je m'excuse, mais ce n'est pas administratif, "apprécier".

M. Iglesias: C'est le conseil des médecins qui fait ça.

M. Chevette: Bien, en quoi le directeur général peut-il voir si c'est bien fait?

M. Iglesias: Regardez, là, il y a des choses qu'on peut voir très bien.

M. Chevette: Vous me dites vous-même que ça prend un professionnel. C'est le DSP.

M. Iglesias: Il y a des normes très minimales. D'ailleurs, c'est assez important que vous sachiez qu'au niveau de la pratique courante qui s'est développée dans la province de Québec la corporation professionnelle, lorsqu'elle fait un rapport, elle a une certaine interface avec le directeur général lui-même parce qu'ils veulent justement responsabiliser la direction générale, pas seulement le CMDP, pas seulement le conseil d'administration, envers la marche de son établissement.

Quand vous dites "apprécier adéquatement", ça ne veut pas dire qu'il y a des moyens qui, de façon évidente, sont inadéquats. Tous les D.G., et surtout les DSP, savent que les mortalités doivent être revues dans un centre. Si vous avez quatre années en arrière de mortalités, il y a quelque chose qui se passe. Vous n'avez pas besoin d'être médecin pour dire que, si vous êtes en train de réviser les cas de mortalité quatre années en arrière, il y a un problème là-dedans.

Si le comité de révision, l'exécutif ne se réunit que deux ou trois fois par année, vous avez un problème majeur. Si, dans un centre hospitalier, l'exécutif, le CMDP ne se réunit pas, s'il n'y a pas d'assemblée annuelle, vous avez certainement un problème. Vous n'avez pas besoin de voir le contenu de ça ni de le comprendre, vous avez un fonctionnement là qui ne fonctionne certainement pas.

Sur ce point de vue là, comme je vous l'ai dit, même les organismes d'agrément ont une interface avec le directeur général pour le responsabiliser, pour le sensibiliser face à ça. Si vous évitez toute cette ligne-là, à ce moment-là, je laisserais aller cette partie-là. Il n'y a pas besoin d'être un expert pour savoir que, si vous n'avez pas revu les décès dans le centre hospitalier depuis trois ans, ça ne va pas là. Il y a des centres hospitaliers où c'était le cas, comme ça,

où il y avait deux, trois ans de retard. Il y a des endroits aussi où l'exécutif ne se réunissait pas. À ce moment-là, vous, moi ou M. Charlebois, si on était directeur général, on dirait: Il y a quelque chose qui ne marche pas dans mon hôpital.

M. Chevette: Je négocierais.

M. Iglesias: Il dirait: On va faire ces réunions... Vous comprenez le sens, n'est-ce pas?

M. Chevette: J'ai compris le sens.

M. Trudel: Puis à 148. 2, puisqu'on est là-dessus, ça commence: "Sous réserve de ce que prévoit le plan d'organisation de l'établissement". Ça veut dire que ce n'est pas obligatoire. La deuxième partie, que "sous l'autorité du directeur général, " le DSP fait tel travail, ça, c'est sous réserve du plan d'organisation. Si le plan d'organisation prévoit autre chose à 141, 139 et 140, ça veut dire que ça peut être toute autre chose.

M. Iglesias: Là, vous êtes où?

M. Trudel: À 148. 2, l'article qui a été soumis par le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): C'est parce que le député de Joliette a parlé abondamment de 148. 3, alors c'est pour ça que la question...

M. Chevette: J'ai parlé des deux.

M. Côté (Charlesbourg): Bien oui.

M. Chevette: J'ai dit que c'était sur le principe général.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, ce n'est pas un reproche que...

M. Trudel:... particulier.
(14 h 45)

M. Charlebois: Mais le plan...

M. Côté (Charlesbourg): Il ne faut pas voir des mouches où il n'y en a pas.

M. Chevette: Non, non, il n'y a pas de mouche là.

M. Iglesias: Le DSP, il n'est pas partout obligatoire comme tel. Il est obligatoire dans les centres hospitaliers.

M. Trudel: Oui, oui.

M. Iglesias: Il peut y en avoir un ailleurs.

M. Trudel: Mais sous réserve de ce que prévoit le plan d'organisation de l'établissement.

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel: C'est tous les établissements, y compris les centres hospitaliers...

M. Iglesias: Ah oui!

M. Trudel:... qui sont obligés d'avoir...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel:... un DSP.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Bon! Alors, si le plan d'organisation de rétablissement prévoit autre chose...

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel:... au niveau de son plan d'organisation...

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel:... la deuxième partie de 148. 2 tombe.

M. Côté (Charlesbourg): Sous réserve.

M. Trudel: Sous réserve... Lisez ça, là. "Sous réserve de ce que prévoit le plan d'organisation de l'établissement", ça entend ici un établissement hospitalier, c'est ce cas-là qui nous intéresse.

M. Charlebois: Ce que ça signifie, c'est qu'effectivement, sous réserve du plan d'organisation, le DSP coordonne l'activité professionnelle et scientifique. Le plan d'organisation peut prévoir que d'autres cadres supérieurs ont une responsabilité à l'égard de l'organisation professionnelle - qu'on pense aux soins infirmiers - de telle sorte que le mandat du DSP ou son champ de responsabilité...

M. Trudel: Vous dites à mon collègue que c'est toujours le DSP qui fait ça, qui apprécie, qui voit au fonctionnement. Ça pourrait être quelqu'un d'autre sous l'autorité du D. G.

M. Iglesias: Qu'est-ce qu'il fait de façon...

M. Charlebois: Il doit nécessairement faire ça ici.

M. Iglesias: Il doit nécessairement faire ça. O. K. ? Il doit nécessairement faire ça.

Une voix: C'est un autre type de professionnel.

M. Charlebois: Il faut que ce soit un

médecin.

M. Trudel: Il faut qu'il soit médecin.

M. Charlebois: On l'a adopté, ça.

M. Trudel: Dans les centres hospitaliers, il faut que ce soit un médecin.

M. Charlebois: C'est ça.

M. Trudel: Non, non, c'est parce que j'essaie de comprendre la logique de pourquoi vous rajoutez "Sous réserve de ce que prévoit le plan d'organisation". Il y en a un ou il n'y en a pas. S'il y en a un, les responsabilités qu'on va voir à 148.3...

M. Iglesias: L'article 148.2 dit: "le directeur des services professionnels coordonne l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité", c'est toute l'activité scientifique et professionnelle. Maintenant, il se pourrait que le plan d'organisation donne une partie de la supervision à un autre cadre supérieur. Alors, je vais vous donner... Ça peut être... Il pourrait y avoir d'autres modalités que celles du DSP. Cependant, en ce qui concerne les fonctions qu'on va voir tantôt, à ce moment-là, c'est le DSP.

M. Chevette: Il hériterait de toutes les responsabilités du D.G.?

M. Trudel: Bien, ça m'a tout l'air.

M. Iglesias: Non, non. Il pourrait y avoir des parties qui demeurent là et des parties qui sont données à quelqu'un d'autre.

M. Chevette: Si c'était un psychologue qui...

M. Trudel: Non, mais juste dans la logique des choses, quand il y a un DSP, il doit y avoir un DSP, ça doit être un médecin en centre hospitalier. O.K. C'est lui qui doit voir, sous l'autorité du directeur général, ce DSP, à toutes les activités, à coordonner "l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement avec les autres directeurs concernés". O.K. Bon. Mais là, tout ça, c'est sous réserve du plan d'organisation. Si le plan d'organisation dit autre chose, c'est-à-dire: Le DSP pourra faire ça, mais mon plan d'organisation dit que ça peut être quelqu'un d'autre qui fait la job du DSP.

M. Iglesias: ...peut-être que ça va nous aider à...

M. Trudel: Mon plan d'organisation dit que la job du DSP peut être faite par quelqu'un d'autre.

M. Iglesias: Je suis dans un centre hospitalier, O.K., le conseil d'administration va être tenu. S'il ne fait rien, s'il ne stipule rien dans son plan d'organisation, le DSP va faire ce qu'il y a à 148.3, O.K., plus la surveillance de l'activité professionnelle et scientifique de l'établissement. Maintenant, le conseil d'administration pourrait stipuler qu'il y a un chef ou un coordonnateur de la réadaptation à qui il donne également le mandat de la supervision professionnelle et scientifique de la réadaptation. À ce moment-là, ce n'est plus le DSP...

M. Trudel: ...ce n'est plus le DSP, ça pourrait être un autre.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Il a raison, mon collègue.

M. Iglesias: Bon. Alors, vous comprenez... Mais si le conseil d'administration, supposons qu'il prend la loi comme elle est, qu'il ne change rien, le DSP va faire 148.3 plus l'activité professionnelle qui ne couvre pas les soins infirmiers, par exemple, parce que c'est stipulé ailleurs au niveau des soins infirmiers.

M. Trudel: Non, mais vous venez bien de me dire que si on pouvait nommer quelqu'un d'autre au plan d'organisation et qu'on lui confiait cette responsabilité de la surveillance et de l'appréciation des mécanismes, pas l'appréciation des actes en soi, mais que soit faite l'appréciation...

M. Iglesias: ...professionnelle et scientifique...

M. Trudel: Oui, c'est quelqu'un d'autre que le DSP...

M. Iglesias: Quelqu'un d'autre, c'est ça.

M. Trudel: ...qui, en vertu d'une décision dans le plan d'organisation, pourrait faire ce travail-là.

M. Iglesias: Oui. C'est ça que ça dit.

M. Trudel: Bon, alors, ce n'est pas nécessairement, donc toujours...

M. Iglesias: ...le DSP qui fait tout.

M. Trudel: ...ce n'est pas nécessairement le DSP, le DSP médecin qui peut...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: ...voir à la surveillance...

M. Iglesias: Exactement.

M. Trudel: ...et à l'appréciation de ces activités-là.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Ça peut être le directeur général qui, par délégation à d'autres, voit à faire cela.

M. Iglesias: Si le plan d'organisation le prévoit, le plan d'organisation est approuvé par le conseil d'administration.

M. Trudel: C'est ça. Alors, quand on dit formellement dans la deuxième partie que le DSP coordonne, c'est que le DSP coordonne quand il est là et quand c'est conforme à la décision du conseil d'administration.

M. Iglesias: Le DSP coordonne, oui, dans la deuxième partie... Exactement, oui, vous avez raison...

M. Trudel: Si le conseil d'administration l'a décidé...

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça, parce que le plan d'organisation, c'est le conseil d'administration qui le décide.

M. Chevette: Mais si ce n'est pas un DSP?

M. Charlebois: Mais, par rapport aux objets de 148.3, ça ne peut pas être quelqu'un d'autre qu'un médecin, le DSP.

M. Trudel: Bien là, c'est parce que vous m'avez dit le contraire. Moi, je vous suis là.

M. Iglesias: Non, regardez... C'est pour ça que j'ai pris l'exemple tantôt de 148.3, ça ne peut pas échapper au DSP dans un centre hospitalier. Le conseil d'administration n'a pas d'autorité là-dessus. Il faut qu'il y ait un DSP...

M. Trudel: Enlevez-moi "sous réserve de ce que prévoit le plan d'organisation", puisqu'il n'a pas le choix.

M. Iglesias: Il y a autre chose dans un centre hospitalier que ce que vous avez à 148.3.

M. Chevette: C'est des tâches spécifiques.

M. Iglesias: C'est des tâches spécifiques, là.

M. Chevette: Si vous ne voulez pas qu'il y déroge, enlevez-nous "sous réserve".

M. Iglesias: Oui, mais...

M. Chevette: Il n'y a pas de réserve, si ça relève tout... il n'y a pas de réserve...

M. Trudel: Non, mais l'économie générale de l'article, c'est que, dans les établissements, dans les centres hospitaliers, il y a un DSP sous l'autorité du directeur général qui surveille, qui "coordonne l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité". Bon. Ça, c'est l'économie générale, c'est la base. Pourquoi met-on sous réserve que ça peut être quelqu'un d'autre, si c'est ça que vous voulez avoir?

M. Iglesias: Oui, mais ce n'est pas ça qu'on veut avoir.

M. Trudel: Si ce n'est pas ça que vous voulez avoir, on va le marquer comme ça.

M. Chevette: Mais là, entendez-vous. L'article 148.3, est-ce des responsabilités du DSP, oui ou non?

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette: Bon. C'est exclusif, oui ou non?

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette: Bon, pourquoi c'est sous réserve d'autre chose?

M. Iglesias: C'est parce qu'il n'y a pas...

M. Chevette: C'est le DSP, parce que vous avez défini que c'était un médecin...

M. Iglesias: M. Chevette...

M. Chevette: ...puis, si vous avez dit que c'était un médecin et que ça relevait tout d'un médecin...

M. Iglesias: M. Chevette.

M. Chevette: ...enlevez-nous la réserve.

M. Iglesias: ...il y a autre chose que ça dans un centre hospitalier.

M. Chevette: Bien oui, mais votre plan, par rapport à l'article qu'il y a ici, votre plan d'organisation ne touche pas ça ici ou il va l'englober ailleurs. Vous mettez votre réserve ailleurs, sous réserve de 148.3 qui relève d'un DSP, mais ici ça relève du DSP. Il n'y a pas de réserve. Vous dites que c'est exclusif, à part ça. Entendez-vous tous les deux. Combinez-vous quelque chose et dites-nous quelque chose qui a de l'allure et qui se tienne. Ça ne se tient pas, votre affaire.

M. Charlebois: À l'article 148.3, ce sont des responsabilités exclusives du DSP et ce sont des responsabilités qui se rapportent à l'activité

médicale, aux services médicaux. Ça va?

M. Chevrette: On a compris ça.

M. Charlebois: À l'article 148.2, le DSP "coordonne l'activité professionnelle et scientifique de tout centre". On ne parle pas de l'activité médicale professionnelle. Alors, l'activité professionnelle, c'est plus large que les services médicaux seulement. Sous réserve du plan d'organisation, c'est que le plan d'organisation peut attribuer à d'autres unités administratives une responsabilité professionnelle sur des dimensions autres que les services médicaux. C'est ce que ça veut dire. Donc, une directrice des soins infirmiers, avec 148.2, peut avoir la responsabilité des soins infirmiers qui sont des services professionnels dans le centre. Cependant il y a d'autres types de services professionnels...

M. Trudel: Oui, mais je comprends bien que ce n'est pas parce qu'on dit dans un article de loi que l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité doit être assurée, coordonnée par un directeur des services professionnels que ça empêche d'engager un chef des balayeurs, par ailleurs, dans ce centre-là, dans son plan d'organisation.

M. Charlebois: Non, mais attendez là. On ne parle pas de balayage. On parle d'activité professionnelle.

M. Trudel: Non, non. Mais ce que je veux juste vous illustrer, on identifie qu'il va y avoir un DSP responsable des coordonnateurs de l'activité scientifique et professionnelle. Ça va? Puis, on décrit qu'il doit y avoir obligation d'en nommer un et que de telles tâches sont impératives, c'est de rigueur. Qu'est-ce que ça vise, 148.2? Ça vise à dire que dans chaque établissement qui est un centre hospitalier désigné, qui exploite un centre hospitalier, il doit y avoir un DSP qui coordonne l'activité scientifique et professionnelle. Nommément, à l'intérieur de ça, il a l'obligation d'un certain nombre de sous-tâches sur le plan des actes médicaux et dentaires.

M. Iglesias: Je pense qu'il y a deux points à 148.2, si vous avez remarqué. Il y a le fait que ça ne vise pas seulement les centres hospitaliers parce que tout centre peut désigner un DSP, on l'a vu tantôt. Alors, premièrement. Ça, ça peut être un centre de services sociaux puis tout ce que vous voulez. Deuxièmement, les activités professionnelles ne se résument pas exclusivement aux activités médicales. On vous a nommé les diététistes, les travailleurs sociaux, les archivistes, les ergothérapeutes. Mais, est-ce que vous voyez bien les...

M. Chevrette: Oui mais, Dr Iglesias, on vous pose la question suivante: Les responsabilités

prévues à 148.3 sont-elles des responsabilités exclusives à un DSP? Vous nous répondez formellement: Oui. Puis, vous avez défini un DSP ce matin comme devant être obligatoirement un médecin.

M. Iglesias: En centre hospitalier.

M. Chevrette: En centre hospitalier. Mais, quand vous dites, à 148.2, qu'il peut y avoir des plans d'organisation, c'est pour des types d'établissement. La réserve devrait être là, s'il devait y en avoir une, pour dire cependant que ça doit relever exclusivement d'un DSP en ce qui regarde les responsabilités à 148.3. Vous commencez 148.2 en nous disant: Sous réserve des plans d'organisation, alors que vous nous dites dans une affirmation très catégorique que ça relève exclusivement d'un DSP. On n'est pas vite, mais bon Dieu, essayez de comprendre que si ça relève seulement d'un DSP on ne parle pas d'autre chose.

M. Iglesias: Regardez, il faut lire l'article au complet. D'abord, 148.3 commence "Sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels visé au premier alinéa de l'article 148.1..." O.K. 148.1, on l'a vu tantôt. Alors, ça vise ce DSP là, celui-là.

M. Trudel: 148.1 dit: On nomme un DSP.

M. Iglesias: Oui, c'est ça, puis tu as dit qu'il doit être un médecin. Alors, ça ici, le DSP qui est nommé en fonction de 148.1 doit faire tout ça. Ailleurs et autrement, c'est 148.2. Il me semble que ce n'est pas...

M. Trudel: Quand il est en centre hospitalier, ça n'a pas de bon sens de dire: Sous réserve du plan d'organisation de l'établissement.

M. Iglesias: C'est pour ça qu'on met 148.3: "Sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels visé au premier alinéa de l'article 148.1 doit, en outre des fonctions prévues à l'article 148.2". En outre des fonctions qui lui auront été données par 148.2, il doit faire ça.

M. Trudel: Vous nous disiez tantôt que ça pourrait être quelqu'un d'autre que le conseil d'administration chargé d'occuper ces autres fonctions.

M. Iglesias: Des autres fonctions. En outre des fonctions. Peut-être qu'il en restera zéro, des fonctions. Peut-être qu'il va en rester une. Peut-être qu'il va rester les archives et que la diététique, l'ergothérapie et tout ce que vous voulez ont été donnés à quelqu'un d'autre. Mais il va rester en outre les archives, il doit faire ça. C'est comme ça, mais je pense qu'il faut lire

la séquence des trois articles. On définit un DSP en centre hospitalier, l'obligation d'en avoir un en centre hospitalier, et il doit être un médecin. Là, on dit: Quand on parle du DSP de 148.1, il doit faire ça.

M. Chevette: Mais, docteur, à ce moment-là, si vous voulez définir ce que c'est qu'un DSP et qu'obligatoirement c'est un médecin, vous dites: Voici donc, dans un premier temps, les responsabilités qu'il doit remplir. C'est 148.3. Sous réserve maintenant du plan d'organisation, il y a des responsabilités qui peuvent être accomplies par d'autres qui ne sont pas nécessairement des médecins. Ça, ça aurait été beaucoup plus cohérent et beaucoup plus logique que d'écrire ça de cette façon-là. Vous commencez par définir un médecin et vous le mettez obligatoirement DSP pour accomplir les tâches. Ah! trouvez ça drôle si vous voulez!

M. Iglesias: Non, non, je veux dire que c'est...

M. Chevette: La logique, ça n'existe pas exclusivement dans certaines bolles.

M. Iglesias: Je comprends que...

M. Chevette: C'est souvent ceux qui prétendent avoir la logique implacable qui ne l'ont pas. Donc, là-dessus, s'il vous plaît.

M. Iglesias: Je comprends qu'il faut un esprit tortueux. Comment est-ce qu'on dirait? Il y en a un qui nous a dit: Les méandres tortueux du droit sont difficiles à sonder là.

M. Chevette: C'est notre rôle de législateurs, ici. Imaginez-vous donc que ce n'est pas notre faute.

M. Iglesias: Peut-être que Mme Demers pourrait nous dire pourquoi mettre le 3 avant le 2 parce que, dans le fond, c'est...

M. Chevette: Mme Demers pourrait avoir une option, le notaire pourrait en avoir une autre et, moi, je pourrais en avoir une autre. Là-dessus, ce n'est pas... Vous dites que si... Vous définissez ce que c'est qu'un DSP, qu'il y a obligation d'être médecin, et vous définissez d'abord les responsabilités qu'il a dans un centre. Par la suite, sous réserve de tâches qui ne sont pas nécessairement dévolues à un médecin, ça peut être accompli par d'autres professionnels. Ça, ce serait au moins la méthodologie d'un travail intellectuel intelligent. C'est ce qu'on nous montre en secondaire V.

M. Iglesias: Je comprends la difficulté qu'on a à mettre tous ces articles ensemble. Je pense qu'on a essayé de vous expliquer un peu les

couvertures différentes de différents articles. (15 heures)

Mme Demers: Non. Ce que je disais, c'est que l'article 148.1 a pour effet de créer un DSP. Il peut y en avoir partout où les établissements décident d'en avoir, sauf qu'on dit que dans un hôpital, c'est obligatoire et ça doit être un médecin. Notre article suivant dit que, quand il y a un DSP - donc, ça peut être n'importe où - sous réserve de ce que le plan d'organisation prévoit, voici ce que doit faire un DSP. Dans un autre article, on dit, quand le DSP est dans un centre hospitalier, de quoi il doit obligatoirement s'occuper. Et c'est là qu'on est... Alors, premièrement, on dit: L'existence d'un DSP dans un établissement. Il y a une spécification dans un CH.

M. Chevette: Mme Demers, si vous sentez le besoin de dire qu'il y a des fonctions qui peuvent être accomplies par d'autres que des médecins... En fait, c'est un peu ça que vous recherchez. Vous commencez par définir un DSP en disant: Il faut qu'il soit un médecin pour accomplir telle tâche

Mme Demers: Non, non. On dit: Dans un centre hospitalier. Partout ailleurs, ça peut être...

M. Chevette: Oui, dans un centre hospitalier, mais obligatoirement, il doit faire ceci, article 148.3.

Mme Demers: Oui.

M. Chevette: Si ce ne sont pas des tâches qui relèvent spécifiquement d'un médecin, là, ça peut être n'importe quel type de professionnels, et c'est sous réserve du plan d'organisation.

Mme Demers: C'est-à-dire que sous réserve du plan d'organisation, c'est le centre qui va décider quels seront les fonctions d'un DSP. Normalement, on dit: Ça devrait être l'organisation scientifique et technique. On dit: C'est ça la fonction d'un DSP. Dans n'importe quel centre, c'est l'organisation scientifique et technique, sous réserve du plan d'organisation, sauf que dans un centre hospitalier on dit: C'est au moins ça. C'est évident que le plan d'organisation pourrait donner plus que ça. Il pourrait donner à un médecin DSP l'organisation scientifique et technique autre que l'organisation médicale.

M. Trudel: Dans tous les cas, le DSP est responsable de coordonner l'activité professionnelle et scientifique.

M. Chevette: C'est ça.

M. Trudel: Dans tous les cas. Dans tous les cas où il y a un DSP, il est responsable de la

coordination de l'activité scientifique.

M. Iglesias: Selon l'ampleur prévue dans le plan d'organisation.

Mme Demers: C'est ça.

M. Chevette: Est-il à temps partiel? Est-il à temps plein? C'est une autre paire de culottes.

M. Iglesias: Non, selon l'ampleur. L'ampleur veut dire aussi le nombre de choses.

M. Trudel: Alors, ce n'est pas sous réserve du plan d'organisation, c'est lorsqu'il y a désignation d'un DSP.

M. Iglesias: Il coordonne l'activité scientifique.

M. Trudel: Il coordonne toujours l'activité scientifique et professionnelle.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Tu ne peux pas, sous réserve du plan d'organisation, dire: C'est un autre qui va le faire.

M. Chevette: Absolument pas.

M. Iglesias: Bien oui, c'est ça que ça dit. C'est ça que ça dit, l'article.

M. Trudel: Bien non. Pourquoi on met ça, d'abord: Pour les autres types d'établissements?

M. Iglesias: Bien, ça dit: Sous réserve de. Ça veut dire que vous pourriez lui donner la diététique, vous pourriez lui donner le travail social, vous pourriez lui donner les archives alors que, dans un autre établissement, la diététique, vous ne la donnez pas.

M. Trudel: On ne traite pas de ce qu'on peut lui donner en plus. Est-ce que, dans tout établissement où il y a un DSP, c'est lui qui est responsable de coordonner l'activité scientifique et professionnelle? C'est clair.

M. Iglesias: Dans la mesure prévue par le plan.

M. Trudel: La mesure prévue par le plan. Est-il responsable de la coordination de l'activité scientifique et professionnelle dans le centre concerné, oui ou non?

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel: Si c'est oui, bien, c'est celui à qui on donne la responsabilité de faire cela. Dans le cas des hôpitaux, on est encore plus spécifi-

que: Tu vas accomplir ça, nommément à l'intérieur de ça, les tâches qu'on décrit ici.

M. Chevette: Bien, si on a bien compris, il fera toutes les tâches qu'on lui demande de faire, là, sauf celles qu'on ne lui demandera pas de faire en vertu du plan. Mais, là, ça pourrait ne pas être un médecin.

M. Côté (Charlesbourg): Mais un plan, c'est là pour ça.

M. Chevette: Bien sûr.

M. Côté (Charlesbourg): Bien sûr. Alors, à partir du moment où le plan est là pour ça, il y a des choses que tu vas faire et il y a des choses que tu ne feras pas. Le plan te le dit.

M. Chevette: Oui, mais à partir du fait que la base dont Rémy parle est nécessairement accomplie par un DSP, c'est beaucoup plus simple de définir la tâche générale du DSP. Les tâches accessoires peuvent être accomplies par d'autres, c'est ça que vous voulez dire. Du moins, c'est ce qu'on comprend de vos propos. En essayant de lire entre les deux versions, là, on essaie de...

M. Côté (Charlesbourg): Peut-être sous réserve.

M. Chevette: Sous réserve de ce que vous dites, on comprend ça, vous savez. Ça va?

Une voix: Alors, adopté?

M. Chevette: Non, non. On va faire un amendement, je pense. On va clarifier ça.

M. Trudel: M. Charlebois peut-être.

M. Chevette: On n'est pas pressés, nous autres.

M. Charlebois: Vous prenez l'article 148. 2 et vous dites: Quand il y a un DSP, nécessairement, il doit coordonner l'activité professionnelle, donc, votre point de vue, c'est que le DSP a une espèce d'exclusivité de fonction sur la coordination de l'activité scientifique et professionnelle. On a dit que c'était le cas pour les services médicaux qui sont prévus à 148. 3. Votre point de vue peut causer des problèmes importants si on le pousse à la limite parce que, dans la réalité, les soins infirmiers, par exemple, dans les centres, ce sont les DSI qui assument une responsabilité au niveau des soins infirmiers. Ce n'est pas le DSP. Si on disait que le DSP, à 148. 2, doit nécessairement avoir une exclusivité sur toute l'activité professionnelle, on vient d'étendre de facto son champ sur la DSI et sur, j'imagine, d'autres fonctions professionnelles dans...

M. Trudel: Sur la coordination des activités professionnelles et scientifiques? Certainement. Sur la coordination. Coordonner, ça ne veut pas dire que je fais le travail, que je dirige l'évaluation, etc. C'est que je vois à ce que ce soit fait. On s'est bien expliqué là-dessus tantôt.

M. Charlebois: Mais quand... Ce que je veux dire...

M. Trudel: Quand un conseil d'administration réfléchit et dit: Moi, à l'intérieur de ça, le sentiment que j'ai...

M. Chevette: 148.2.

M. Trudel: ...je me nomme un directeur des services professionnels, ce n'est pas pour le plaisir. C'est pour faire en sorte que les activités professionnelles et scientifiques soient placées sous sa responsabilité. C'est une décision réfléchie. Alors, lorsqu'il y a un directeur des services professionnels dans leur établissement, soit par obligation de la loi, soit par décision du conseil d'administration, c'est quoi sa responsabilité, au DSP? C'est de voir à coordonner l'activité professionnelle et scientifique. Ce n'est pas de prendre la job de la DSI. C'est pour ça, là. Coordonner. O.K.? Coordonner les activités professionnelles et scientifiques. Quand tu prends ça comme décision comme conseil d'administration, tu dis: Moi, là, le type d'activités que j'ai dans ce centre-là justifie que j'aie un responsable. C'est comme ça pour la clarification. J'ai un responsable de l'activité scientifique et professionnelle. Très bien. Parfait.

Alors, lorsqu'il y a présence, lorsque le plan d'organisation prévoit la désignation d'un DSP sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels coordonne, etc., l'activité scientifique et professionnelle. Et c'est lorsque le plan d'organisation le prévoit. Ce n'est pas sous réserve de ce que je peux mettre dedans. C'est lorsque le plan d'organisation prévoit que j'aie un DSP.

M. Charlebois: Je comprends ce que vous dites, là. Maintenant, ça ne reflète pas, ça, la réalité vécue dans les établissements.

M. Iglesias: Je pense que... Ce que 148.2 dit, le conseil d'administration peut très bien le faire. C'est justement de l'oxygène qu'il reste pour le conseil d'administration. Si c'est sa volonté d'avoir un DSP, de lui donner toute la coordination, il a juste à le statuer dans son plan d'organisation. Et ça, c'est sa décision. À ce moment-là, laissons-lui la possibilité de statuer quel est le champ... S'il veut tout lui donner, il va tout lui donner. S'il veut en enlever une partie, il va en enlever une partie. C'est lui qui décide ça. C'est le conseil...

M. Chevette: C'est bien beau, là. Ce n'est plus de l'oxygène. Ils vont s'étouffer. Ils ne sauront plus qui mène quoi. Supposez qu'un conseil d'administration veuille multiplier les responsabilités alors que vous savez très bien que, sur le plan de l'activité scientifique et professionnelle, il faut qu'il y ait une unicité de fonctionnement. Ce n'est pas la chicane des corporations à l'intérieur de ça.

Prenez un centre où il y a trois vocations: psychiatrique, gériatrique et aiguë, soins de courte durée. L'activité professionnelle va-t-elle être coordonnée par un seul DSP ou si vous allez dire: Sur le plan de la santé mentale, on va plutôt nommer un psychologue pour tel type d'activité? Vous pensez que votre centre va avoir quelque chose qui a de l'allure comme vision de la coordination de la recherche et toute l'activité professionnelle et scientifique? Vous êtes médecin, à part ça, vous? C'est pour ça que je la pose à vous d'abord, c'est pour que vous me disiez si vous accepteriez le fonctionnement. Bonne mère du ciel! Je demande à un docteur. Ça me surprend encore plus. Ils se sont battus tout l'été contre ça.

M. Côté (Charlesbourg): On peut suspendre quelques minutes?

Le Président (M. Joly): Oui. Nous suspendons nos travaux quelques minutes.

(Suspension de la séance à 15 h 10)

(Reprise à 15 h 18)

M. Charlebois: L'interprétation que vous faites du texte tel qu'il est là, effectivement, ça peut laisser entendre qu'il y a une certaine confusion, qu'il y aurait avantage à clarifier le texte pour dire que le DSP a une responsabilité complète sur l'organisation scientifique et professionnelle de l'établissement.

M. Trudel: Que ces choses sont bien dites!

M. Charlebois: Que ces choses sont bien dites! Voilà, pour la première partie.

M. Trudel: Ça, je le précise tout de suite.

M. Charlebois: Maintenant, si on le faisait, ça ne correspondrait pas à la réalité des organisations, particulièrement, évidemment, des centres hospitaliers, au sens où les soins infirmiers qui recouvrent les activités professionnelles et scientifiques sont généralement - et je pense qu'on peut dire presque partout - sous la responsabilité de directrices de soins infirmiers. Écrire l'article autrement causerait un problème, dans le sens où ça ne correspondrait pas du tout à la manière dont sont organisés les centres hospitaliers au moment où on se parle. On doit pré-

senter un peu plus avant une proposition d'amendement pour introduire le poste de directrice des soins infirmiers et ses responsabilités. On va voir que, lorsque ça sera introduit, entre autres, les responsabilités au niveau des soins infirmiers sont - professionnelles j'entends là: coordination des activités professionnelles et scientifiques pour ces soins infirmiers - sous la responsabilité d'une directrice des soins infirmiers.

M. Chevette: En d'autres mots, ils nous demandent d'arrêter de les torturer, sur le 3. Il vont arriver à 4 avec du neuf.

M. Trudel: D'arrêter de torturer sur 2.

M. Chevette: Sur 2 et 3?

M. Trudel: Sur 2 et ils vont arriver à 4 avec ça.

M. Côté (Charlesbourg): 2 et 3.

M. Trudel: Non, mais ce que je comprends aussi, c'est lorsque le plan d'organisation prévoit qu'un DSP fasse ça. Qu'on se garde la réserve tantôt et, lorsqu'on va arriver aux soins infirmiers, on va préciser que...

M. Côté (Charlesbourg): O.K.

M. Trudel: ...toute l'activité professionnelle, dans le cas des soins infirmiers, soit sous la responsabilité du DSI.

M. Côté (Charlesbourg): Voilà.

M. Trudel: Donc, on propose un amendement ici qui dit: Lorsque le plan d'organisation de l'établissement prévoit la désignation d'un DSP... Non, c'est parce que la logique, c'est ça. Si on le précise plus tard...

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas ça qui est dit.

M. Trudel: Non, mais la logique de ce que vous expliquez, là. Vous dites, sur le plan sémantique... Vous avez probablement raison, mais sur le plan de la réalité il ne faut pas que la phrase décrive que ça englobe les soins infirmiers. Ce qu'on se dit, c'est: Lorsqu'il y a un DSP, il a la responsabilité de la coordination de l'activité professionnelle et scientifique. On se dit: Tantôt, quand on va arriver à 146, nous allons définir que la coordination des activités scientifiques et professionnelles en matière de soins infirmiers, ça appartient, comme responsabilité, au directeur des soins infirmiers, à la direction des soins infirmiers.

M. Côté (Charlesbourg): À 148, non pas 146.

M. Trudel: À 148, pardon.

M. Côté (Charlesbourg): 148.4 et 148.5.

M. Trudel: À 148. Alors, si on veut à la fois corriger la sémantique mais tenir compte de la réalité, à moins que vous n'ayez une autre suggestion, on pourrait l'accepter aussi, il faut marquer: Lorsque le plan d'organisation de l'établissement prévoit la désignation d'un DSP, celui-ci, sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels, etc. C'est juste dire: ou sous réserve de. Lorsque le plan d'organisation de l'établissement prévoit la nomination d'un DSP sous l'autorité du directeur général - là, on continue - le directeur des services professionnels coordonne l'activité professionnel et scientifique.

M. Iglesias: On comprend bien ça. Par contre, là, on ferme des portes. Ça veut dire, par exemple, que dans un centre où il y a une composante de réadaptation il ne pourrait pas y avoir de directeur des services de réadaptation. Ça va être le DSP qui va avoir ça sous sa coordination.

M. Trudel: Non, tantôt, on s'est expliqué. On s'est expliqué qu'à coordonner... surtout à la fin de la phrase, c'est: Tout centre exploité par l'établissement avec les autres directeurs concernés. Il pourrait très bien y avoir un directeur de réadaptation.

M. Iglesias: Oui. Mais il va être hiérarchiquement, au point de vue de la coordination...

M. Trudel: Tout à fait, tout à fait. Mais quand tu prends la décision de te nommer un directeur des services professionnels dans ta boîte, c'est parce que tu as des services professionnels que tu tiens à voir... à placer ces services professionnels là sous la coordination et la surveillance d'un DSP.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, je comprends le sens de l'intervention du député. Cependant, je tiendrais au libellé actuel compte tenu du fait qu'une ouverture peut créer un certain nombre d'autres problèmes auprès d'autres professionnels que les infirmières et les infirmiers. Nous pourrions, à ce moment-ci, l'adopter. Ce que je comprends dans un cas comme celui-ci, ce serait probablement sur division.

M. Trudel: Mais y compris qu'on va revenir quand même à 148...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui, oui, je ne suis pas inquiet.

M. Trudel: ...pour préciser que coordonner...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui.

M. Trudel: ...n'inclut pas la direction des soins infirmiers....

M. Côté (Charlesbourg): Oui, c'est clair.

M. Trudel: ...les soins infirmiers.

M. Côté (Charlesbourg): C'est clair, ça.

M. Trudel: C'est très clair?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui.

M. Trudel: Alors, on va l'adopter sur division, parce qu'on finit par s'entendre.

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 148.2, adopté sur division.

M. Côté (Charlesbourg): Sur division.

Le Président (M. Joly): Donc, l'article comme tel, adopté sur division.

M. Trudel: Parfait.

Le Président (M. Joly): J'appelle l'article 148.3.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer après l'article 148.2 l'article suivant: "148.3 Sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels visé au premier alinéa de l'article 148.1 doit, en outre des fonctions prévues à l'article 148.2:

"1° diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique prévues à l'article 141.3;

"2° obtenir des avis des chefs de département clinique sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins et des dentistes et des divers départements cliniques;

"3° appliquer les sanctions administratives prévues au deuxième alinéa de l'article 141.3 et en informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et les chefs de département clinique concernés;

"4° surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et s'assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par rétablissement;

"5° prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu'un examen, une autopsie ou une expertise exigé en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès soit effectué;

"6° assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement."

M. Charlebois: Je veux juste attirer l'attention sur l'item 2 qui est nouveau par rapport aux fonctions qu'assume actuellement le DSP dans la loi. Il s'agit là d'une fonction qui apparaissait au conseil consultatif, le CCDG, conseil consultatif au directeur général qui existe à l'heure actuelle dans la loi pour les centres hospitaliers, mais qui disparaît avec la loi 120.

L'analyse de la situation, de l'organisation interne - et toujours dans la perspective d'une clarification des lignes d'autorité et des responsabilités des uns et des autres - nous a amenés à prévoir que le DSP pouvait obtenir des avis sur ces matières-là. Il s'agit de questions qui sont non négligeables quand on sait l'importance qu'ont les services médicaux ou l'impact financier des services médicaux dispensés dans un centre hospitalier. Alors, ça, c'est une nouvelle fonction qui apparaît.

L'autre élément qui est modifié, c'est au paragraphe 4: le rôle de surveillance. Le DSP s'assure - au milieu du paragraphe - "...que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques..." Auparavant, il n'y avait que "contrôle". Dans les fonctions du CMDP, il y a un rôle d'appréciation et on a jugé utile de l'explicitier ici dans le rôle de surveillance, toujours dans la perspective de s'assurer que, dans l'établissement, il y ait les mécanismes appropriés pour le maintien et le développement de la qualité.

M. Trudel: Si vous avez insisté pour faire entrer ça dans cette définition-là, c'est que vous avez des expériences qui faisaient en sorte, qui vous amenaient à faire le constat que des CMDP n'appréciaient pas toujours adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques dans les centres exploités par l'établissement.

M. Iglesias: C'est également pour bien dire, pour souligner encore la nécessité de le faire et, effectivement, il y a eu des cas où ça s'est produit. C'était autant préventif que curatif.

M. Trudel: O.K Et là, le directeur général qui voudrait faire ce rappel sur l'appréciation transmettra son papier de demande d'appréciation? Non. Il transmettra son papier disant qu'on n'a pas fait le travail d'appréciation au CMDP, c'est au DSP qu'il l'enverra, au chef de clinique concerné, au chef de département clinique ou au CMDP concerné.

M. Iglesias: C'est une discussion qui va avoir lieu au niveau de l'exécutif du CMDP où le DSP et le DG sont là. C'est là que ça va avoir lieu. Et, si nécessaire, ça pourrait monter au conseil d'administration. Mais la première étape, c'est au niveau de l'exécutif où les deux...

Une **voix:** ...les deux sont bons.

M. Iglesias: ...sont bons.

M. Trudel: O.K. Mais formellement, le directeur général dans la boîte, lorsqu'il aura des questions à propos de l'appréciation, il va les poser au DSP qui, formellement, en termes de ligne de commandement, va parler au CMDP, au chef de département clinique.

M. Iglesias: C'est-à-dire que, lui, par son organisation et par l'article 4... Il y a une mécanique de surveillance des comités du CMDP sous forme du nombre de réunions tenues, etc.; certains paramètres bien simples, mais qui nous permettent de voir à ce que ça se fasse. Et le DSP lui-même assiste souvent d'office aux principaux comités. Pas seulement à l'exécutif, mais à différents comités.
(15 h 30)

M. Trudel: Sous réserve du plan d'organisation de l'établissement.

M. Iglesias: Ah! c'est plus que ça.

M. Trudel: N'est-ce pas? Puis, la nouveauté du deuxièmement: "obtenir les avis des chefs de département clinique sur les conséquences administratives financières des activités des médecins et des dentistes des divers départements cliniques". Ça, c'est donc une tâche de rigueur dans la préparation des prévisions financières - c'est comme ça, M. le notaire, qu'on a fini par les dire - dans l'élaboration des prévisions - ça, c'est une autre partie - budgétaires de l'établissement. Le DSP, de rigueur, a la tâche d'obtenir les avis des chefs de département clinique sur les implications financières et administratives de leurs activités. C'est de rigueur.

M. Charlebois: Oui. Maintenant, ce n'est pas précisément lors de la préparation de la prévision budgétaire. Ça peut être en cours d'année lorsqu'il le juge à propos.

M. Iglesias: C'est un pont encore entre le DSP et les chefs de département. Il faut bien faire le lien entre l'activité professionnelle des médecins et la gestion administrative. C'est un outil qui est donné au DSP pour qu'il puisse faire ce pont-là.

M. Charlebois: Et qui, de notre point de vue, constitue une amélioration intéressante. C'est une responsabilité qui apparaissait au CCDG. Le CCDG réunit un certain nombre de cadres ou de personnes, mais pas nécessairement tous les chefs de département. Ce n'était donc pas nécessairement tous les chefs de département qui étaient interpellés sur cette question. Alors, en le plaçant comme responsabilité du DSP à l'égard de ces chefs, ça fait en sorte qu'au niveau de toute la structure clinique, finalement, de tous les départements, de tous les chefs, il y

aura une telle interpellation de temps à autre par le DSP, ce qui devrait, quant aux dimensions financières, le relier à la gestion des établissements... amener une conscientisation plus forte.

M. Trudel: Et "appliquer les sanctions administratives prévues au deuxième alinéa", c'est lui qui transmet le ticket. Appliquer? Ça veut dire que c'est lui qui signifie les suspensions, qui va signifier des mesures de rétorsion...

M. Iglesias: Administratives.

M. Trudel: Il voit à ce que ce soit appliqué.

M. Iglesias: Les mesures administratives, c'est des mesures qui touchent l'utilisation des ressources. On l'a vu tantôt à 141.3. Elles partent de... Les règles d'utilisation des ressources partent du chef de département, s'en vont au CMDP, s'en vont au conseil d'administration et, après ça, elles sont appliquées, le membre est signalé par le chef de département et la sanction est appliquée par le DSP.

M. Trudel: Il voit à ce qu'elle soit appliquée.

M. Iglesias: Il l'applique. Il signifie et applique. S'il dit au médecin: Écoute, tu as une semaine - la règle d'utilisation prévoyait qu'en cas de bris la première fois, c'était, par exemple, une semaine de non-utilisation du bloc opératoire - s'il vous plaît, veux-tu prendre les mesures pour opérer les patients urgents que tu as actuellement et ne pas en admettre d'autres et, si tu as des urgences, vois à ce qu'un autre collègue les opère. Ça peut être ça, l'application de la règle et la sanction.

M. Trudel: C'est ça. Il voit à l'application. Il voit à ce que la mesure soit appliquée.

M. Iglesias: Oui, oui. C'est ça.

M. Trudel: Mais ce n'est pas lui qui prend la décision...

M. Iglesias: Non.

M. Trudel: ...de la décision de la sanction. C'est toujours le conseil d'administration.

M. Iglesias: C'est lui qui décide de la mettre en application. La règle administrative va la mettre en application. Ce qu'il ne décide pas, lui, c'est quelle est la règle et quelle est la sanction. Mais c'est lui qui, une fois que le chef de département a signalé qu'il y avait un manquement par rapport à un médecin, c'est lui qui va dire: J'applique la sanction.

M. Charlebois: Mais ça, il faut se rappeler

que les règles d'utilisation prévoient des sanctions.

M. Iglesias: Évidemment.

M. Charlebois: Alors, pour telle inobservation de la règle, c'est, par exemple, une semaine. C'est "built in", c'est prévu dans le règlement. Alors, il applique ça.

M. Trudel: Inobservation?

Une voix: Inobservation ou inobservance?

M. Charlebois: Oui, oui. Alors, il faut me dire un bon mot sur ma sémantique.

M. Trudel: Ce n'est pas ça qui est marqué dans la loi parce que c'est le mot qu'il emploie... Inobservation, ce n'est pas dans la loi ça.

M. Côté (Charlesbourg): Non, mais on l'a dans un article qu'on a adopté.

M. Charlebois: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): Inobservation. Je ne me souviens pas de l'article, mais je l'ai vu passer.

M. Trudel: Continuez donc votre raisonnement. Ce que vous voulez dire c'est que, dans les règles d'utilisation des ressources humaines et matérielles, il y a des sanctions automatiques prévues en cas de faute par rapport à ces règles-là.

Une voix: C'est ça.

M. Trudel: Alors, à ce moment-là, c'est lui qui prend la mesure disciplinaire telle que codée dans les règles...

Une voix: Exactement.

M. Trudel:... qui ont été prévues et, à défaut d'avoir prévu ces règles-là, le conseil d'administration peut prendre toute autre décision sur des sanctions, parce que là, écoutez, on n'est pas pour écrire...

Une voix: On ne pourra pas en prendre.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non.

M. Charlebois: À défaut de prendre... C'est là qu'est le problème qui est vécu dans un certain nombre d'établissements et qu'on corrige maintenant, c'est qu'il doit y avoir un règlement et, s'il y a négligence de la part du chef ou de la part du CMDP d'adopter, c'est-à-dire du chef d'élaborer ces règlements, s'il y a négligence, lorsqu'il s'agit d'un règlement qui concerne des

aspects administratifs, le DSP peut les élaborer et, lorsqu'il s'agit d'un règlement qui concerne les affaires professionnelles, le CMDP les élabore.

M. Iglesias: C'est ça qui est arrivé dans un hôpital.

M. Charlebois: Le conseil...

M. Trudel: Je suis très bien.

Une voix: Le conseil ne peut jamais lui-même élaborer des règlements en lieu et place.

M. Iglesias: S'il n'y a pas de règles. C'est ça l'économie de la loi. C'est un peu l'économie de la loi qu'il y avait avant, mais avec comme une espèce de flottement entre les...

M. Trudel: Mais vous êtes en train de me dire que, si ce n'est pas prévu aux règles d'utilisation des ressources humaines et matérielles, il ne peut pas y avoir de prise de sanction autre par le conseil d'administration.

Une voix: C'est ça.

Une voix: Même le conseil ne peut pas.

M. Charlebois: C'est ça. Parce qu'on a défini un peu plus loin dans la loi... Dans la loi, on a défini un peu plus loin les sanctions et les sanctions peuvent être... Les mesures disciplinaires peuvent être prises à l'endroit d'un médecin, s'il est en défaut par rapport aux règles d'utilisation, etc. Alors, il faut qu'il y ait des règles pour qu'il y ait sanction.

M. Iglesias: Naturellement, ce n'est pas tout ce qui fait l'objet d'une règle d'utilisation des ressources.

M. Trudel: C'est un peu ce qui m'inquiète, c'est de prévoir la...

M. Iglesias: Ce n'est pas tout dans ça qui est nécessaire. Mais il y a des choses, par exemple, l'utilisation des blocs opératoires, ça peut devenir, à un moment donné, nécessaire de faire l'utilisation du bloc opératoire.

M. Trudel: C'est parce que le raisonnement vaut aussi à l'inverse. Vous allez convenir qu'il est extrêmement difficile de prévoir toutes les règles pour tous les cas où il peut y avoir...

M. Iglesias: À ce moment-là, s'il n'y a pas...

M. Trudel:... des problèmes de gestion au niveau de l'utilisation des ressources humaines et matérielles.

M. Iglesias: S'il n'y a pas de problème, on n'en fait pas. S'il y en a un, c'est les mécanismes de concertation et de coordination.

M. Trudel: Évidemment, s'il n'y a pas de problème, on n'en créera pas.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Ce que je vous dis, c'est qu'il peut y avoir des problèmes qui n'ont pas été inventoriés dans les règles.

M. Iglesias: À ce moment-là, c'est les mécanismes de coordination et de concertation. Si ça ne fonctionne pas, on en fait une règle. On la propose au conseil d'administration, qui l'accepte ou la refuse. S'il l'accepte, à ce moment-là, la prochaine fois tu sais que tu es passible...

Une voix: D'une sanction.

M. Iglesias: ...d'une sanction si tu continues à l'enfreindre. C'est ça un peu...

M. Trudel: L'économie générale.

M. Iglesias: C'est l'économie générale. C'est d'abord de laisser la chance aux gens de s'entendre. Si tu ne l'entends pas, à un moment donné, il faut arriver à dire: Ceci est bien, ceci n'est pas bien ici. Et voici le conseil d'administration qui le dit. Voici la sanction que ça comporte si tu le fais et voici la personne qui va l'appliquer. Maintenant, si tu n'es pas content, on s'en vient après, si tu n'es pas content.

M. Trudel: Mais ça nécessitera toujours l'adoption d'abord d'une règle par le conseil d'administration avant qu'on puisse aller...

M. Iglesias: À la sanction.

M. Trudel: ...à la sanction parce que, évidemment, pour constater l'infraction, il faut qu'il y ait une règle qui ait été établie.

M. Iglesias: C'est ça. Mais ça donne la chance à la concertation. Ce n'est pas mauvais. Et on va pouvoir régler, comme on règle 90 %...

M. Trudel: Ça donne une chance en concertation et ça bouche un trou juridique qu'on a vécu à la Cité de la santé de Laval.

M. Iglesias: C'est ça. Exactement.

M. Trudel: Je veux dire, ce n'était pas que l'intention.

M. Iglesias: Non.

M. Trudel: La situation réelle a forcé

l'adoption d'un tel article en disant: Il ne peut pas y avoir d'infraction et de sanction. Donc, s'il n'y a pas eu de règle d'émission auparavant...

M. Iglesias: C'est un petit peu...

M. Trudel: Ça limite aussi, par ailleurs, bien sûr...

M. Iglesias: L'arbitraire.

M. Trudel: Oui, mais ça limite aussi la responsabilité du conseil d'administration. Mais là il y a une question de balance...

M. Iglesias: Entre pouvoir et arbitraire.

M. Trudel: ...des avantages et des inconvénients...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: ...par rapport à la dimension des services professionnels. C'est à tout le moins compréhensible qu'on puisse dire: Il ne peut pas y avoir de sanctions si la règle n'était pas connue, n'est pas adoptée là-dedans, mais ça impose des devoirs assez lourds, de plus, de tout prévoir, sinon, au moment de ce qu'on qualifierait, comme conseil d'administration, comme directeur général, d'infraction, entre guillemets, à l'utilisation de telles ressources si je ne peux pas en faire une faute tant que je n'ai pas émis une règle disant que c'est une faute.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Le 5°, là: "prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu'un examen, une autopsie ou une expertise exigé en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès soit effectué", c'était dans la loi actuelle, ça?

M. Côté (Charlesbourg): La Loi sur les coroners.

M. Trudel: La Loi sur les coroners?

M. Iglesias: Oui. C'est la Loi sur les coroners et c'est la responsabilité du DSP.

M. Trudel: Ça, là-dessus, est-ce qu'il y a des règles qui doivent être émises sur...

Une voix: Les circonstances?

M. Trudel: ...les limites de temps? Je dois vous dire, c'est parce qu'on a beaucoup de cas. Moi, j'en ai beaucoup. Compte tenu d'un ensemble de facteurs qui doivent probablement relever de l'organisation du temps et des responsabilités en matière de recherche des causes et des

circonstances de décès, il y a des gens qui attendent de très longues périodes. Alors, comme c'est la responsabilité des coroners, généralement, on va se référer, pour avoir le rapport, au ministre de la Justice et le ministre de la Justice nous répond - en tout cas, moi, je me suis fait répondre ça trois fois au cours des derniers six mois: Moi, je ne peux rien faire là-dessus parce que ça dépend des règlements de la Loi sur la santé et les services sociaux. Alors, il n'y a pas de délais de prévus, de seuils minima ou maxima pour la production du rapport.

M. Iglesias: Comme vous dites, ça dépend beaucoup de l'organisation et il y aurait matière, pour un bénéficiaire dont un parent est décédé et qu'il n'a pas de rapport... Le rapport d'autopsie, il peut l'avoir en deux temps, soit, dans un premier temps, le rapport préliminaire, les constatations du pathologiste; l'autre rapport nécessite l'examen des tissus et ça peut être plus long. Normalement, le rapport préliminaire, il n'y a pas de raisons pour qu'on ne l'ait pas en dedans de deux semaines.

M. Trudel: Mais les coroners n'émettent pas les rapports préliminaires tant qu'ils n'ont pas procédé à l'analyse complète.

M. Iglesias: Non, non. Je parle des centres hospitaliers, là, je ne parle pas d'un cas... Ce que vous dites là, ça ne se produit pas seulement dans les cas de coroners, ça se produit dans beaucoup de cas d'autopsies.

M. Trudel: Tout à fait.

Le Président (M. Joly): Ce n'est pas pour l'usage du grand public à ce moment-là.

M. Iglesias: C'est ça.

Le Président (M. Joly): C'est juste interne.

M. Trudel: Non, non, c'est pour l'usager, pour le parent qui attend.

M. Iglesias: Qui attend. C'est ça.

Le Président (M. Joly): Deux semaines.

M. Trudel: Hein? Pas deux semaines.

M. Iglesias: Ça pourrait se faire en deux semaines, le rapport préliminaire, mais il y a l'examen des tissus qui demande beaucoup plus de temps et, ça, ça peut aller à un mois, un mois et demi.

Le Président (M. Joly): Lorsqu'on dit, docteur, que ça pourrait se faire en dedans de deux semaines, ça pourrait se faire...

M. Iglesias: Si on avait une organisation...

Le Président (M. Joly): ...mais ça ne se fait pas.

M. Iglesias: C'est ça. Ça, ça pourrait faire l'objet d'une plainte par rapport à un service qui est donné.

Le Président (M. Joly): Mais je pense que c'est important. Prenez dans le cas, disons, d'un suicide présumé. Si on n'a pas le rapport...

M. Iglesias: Ça, c'est le gouvernement.

Le Président (M. Joly): Oui, je suis d'accord.

M. Côté (Charlesbourg): ...au même article que vous avez abordé...

M. Iglesias: Ça, c'est le coroner. Ça, c'est un petit peu délicat où il y a une enquête du coroner. Il faut qu'il fasse son enquête avant que le certificat soit transmis. Je vous dis que la problématique - et vous le soulignez aussi - ne se présente pas seulement pour les cas de coroners. C'est ça que vous nous dites.

M. Trudel: Oui, tout à fait. Mais, là, si je reprends la logique dans ce cas-là... C'est parce que mon collègue de Fabre est un assureur-vie de carrière. Alors, il sait de quoi on parle sur les délais. C'est lui qui recevait les téléphones; maintenant, il les reçoit encore comme député. Je veux juste savoir si s'appliquerait ici, par ailleurs, le processus de plaintes. Je ne peux quand même pas diagnostiquer ici. Un individu qui trouve que le délai pour obtenir le rapport, dans l'application de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès... S'il trouve le délai abusif, là...

M. Iglesias: Ça peut être un rapport d'autopsie, oui.

M. Trudel: ...peut-il logger une plainte à l'établissement parce que ça prend trop de temps, selon son évaluation à lui ou à elle? L'usager, est-ce qu'il peut logger une plainte sur le délai? (15 h 45)

M. Iglesias: Écoutez, je vais vous répondre en deux temps. En ce qui concerne la Loi sur les coroners, on va demander à Mme Demers. En ce qui concerne une autopsie dans des conditions autres que la loi sur la recherche sur les causes de décès, oui, il pourrait y avoir une plainte pour dire: Mon père est décédé, j'ai fait faire une autopsie et ça fait deux mois que j'attends. Je n'ai eu aucun rapport encore et je trouve que c'est trop long. Ça, ça peut faire l'objet d'une plainte. C'est un service que l'établissement rend. Ça, c'est clair et je peux vous dire par expé-

rience, j'en ai eu beaucoup de ces plaintes-là. Maintenant, en ce qui a trait à la Loi sur les coroners... Alors, il pourrait y avoir une plainte par rapport au fait que l'établissement ne produit pas le rapport d'autopsie et le coroner ne peut pas procéder. C'est sûr, c'est sûr. C'est une qualité de service, ça. Mais après ça, le coroner, lui, il faut qu'il fasse son enquête et tout ça. Là, c'est...

M. Trudel: Oui, c'est son autre job, c'est ce qui dépend du ministère de la Justice.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Et comme on n'a pas encore de mécanisme de plaintes, de traitement des plaintes au ministère de la Justice, on enverra ça chez l'ombudsman, chez le Protecteur du citoyen.

M. Iglesias: Effectivement, ce que vous soulevez là a un fondement. Il y a des délais au niveau des autopsies. Pas partout, mais à certains endroits.

M. Trudel: C'est parce que l'aboutissement de cela, c'est... Quand il y a de tels délais, on sait maintenant qui doit intervenir et, s'il y a une plainte, c'est que le conseil d'administration pourrait, dans notre logique de tantôt, devrait - ça dépend du point de vue - émettre une règle quant au temps minimum et au temps maximum, enfin, établir le temps maximum, pas minimum...

M. Iglesias: Pour avoir un rapport préliminaire d'autopsie.

M. Trudel: C'est ça.

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel: Et là, à ce moment-là, ça pourrait correspondre à des sanctions qui seraient appliquées.

M. Iglesias: Ça, c'est une règle qui devrait originer du département, du chef du département de pathologie.

M. Trudel: Exactement ça. Et, à défaut, du DSP.

M. Iglesias: Et, à défaut, du DSP. Exactement.

M. Trudel: Bon. Alors, ça va sur 148.3, M. le Président.

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 148.3, adopté.

M. Chevette: 30 secondes, s'il vous plaît,

si vous me permettez. C'est juste sur le dernier point. Ce n'est pas parce que... Je ne veux pas me donner raison, mais c'est parce que, ce que j'avais demandé au Dr Iglesias tantôt, c'était: Est-ce que toutes les fonctions prévues à 148.3 sont exclusives au DSP? Il m'a dit: Oui. Quand on relit le sixième point, vous dites: "Assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement."

M. Iglesias: On peut lui demander de faire une fonction autre que celles qui sont là.

M. Chevette: Non, ce que je veux dire... Le plan d'organisation d'un établissement, c'est ce qui vous faisait dire qu'il pourrait y avoir des fonctions qui ne relèvent pas nécessairement du DSP. C'est ce que vous m'avez répondu.

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette: Après ça, je vous ai demandé, à 148.3: Est-ce que les fonctions prévues à 148.3 sont exclusives au DSP? Vous m'avez dit oui également. Comment conciliez-vous votre réponse de tantôt avec 148.3, sixièmement?

M. Iglesias: C'est que l'établissement peut prévoir qu'il fait des fonctions autres que celles-là, supplémentaires. Je vais vous donner un exemple. Il s'occupe du système informatique d'un hôpital. Dans cet hôpital-là, c'est exclusif pour lui. Il s'occupe de ça.

M. Chevette: Exclusif pour lui.

M. Iglesias: Bien oui. On va lui donner la job.

M. Chevette: Oui, mais il ne doit pas être obligé de la prendre.

M. Iglesias: Hein?

M. Chevette: Il ne doit pas être obligé de la prendre.

M. Iglesias: Bien, il dit: Si tu ne la prends pas, bien...

M. Côté (Charlesbourg): C'est prévu au plan d'organisation. C'est le conseil d'administration qui le décide.

M. Chevette: C'est parce qu'on dit au DSP: Tu vas accomplir ça obligatoirement; par contre, il y a des tâches qu'on n'est pas obligé de te donner. Par contre, celles qu'on va te donner, tu vas être obligé de les prendre. C'est à peu près ça comme raisonnement?

M. Iglesias: Oui. Prends-les ou négocie. Ha, ha, ha!

M. Chevette: J'ai bien compris votre réponse. On se garde le pouvoir de ne pas tout lui donner, mais de tout lui donner.

M. Iglesias: C'est un cadre.

M. Chevette: O.K. Mais lui donnez-vous au moins la possibilité de vous dire non si vous abusez?

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette: J'espère.

M. Iglesias: On lui donne la clé avec.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Pardon?

M. Iglesias: Il garde la clé avec.

M. Chevette: Il garde la clé avec.

M. Iglesias: Une clé qui ne fait qu'ouvrir la porte.

M. Chevette: C'est ce qui fait qu'il y en a quelques-uns qui claquent les portes des centres hospitaliers présentement, d'ailleurs.

M. Iglesias: Ah! C'est du bon monde, les DSP, vous savez. Parmi les meilleurs.

Le Président (M. Joly): Alors, l'amendement à l'article 148.3, adopté. L'article 148.3, adopté tel qu'amendé. L'article 153 est appelé.

M. Côté (Charlesbourg): Non.

Le Président (M. Joly): Non?

M. Côté (Charlesbourg): Non. 148.4, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Article 148.4. Ah oui! un nouveau!

M. Côté (Charlesbourg): Insérer, après l'article 148.3, l'article suivant: "Lorsqu'une sanction administrative prévue au deuxième alinéa de l'article 141.3 est appliquée, le directeur des services professionnels doit faire part au médecin ou au dentiste des motifs sur lesquels il s'est fondé pour prendre sa décision et le médecin ou le dentiste peut, s'il est en désaccord avec la décision, en appeler devant la Commission des affaires sociales."

M. Trudel: Lorsqu'il est en appel, est-ce que la sanction est suspendue?

M. Iglesias: Il peut y avoir une demande de

suspension interlocutoire. Et si c'est accordé, à ce moment-là ça va être suspendu; sinon, ça va être suspendu seulement... Ça va être considéré après avoir entendu la cause.

M. Chevette: C'est prévu où? Dans un règlement?

M. Iglesias: C'est dans le fonctionnement de la Commission, je pense. C'est dans les pouvoirs de la Commission.

M. Trudel: Non, non, mais reprenez ça à la base. Il n'est pas d'accord avec les sanctions...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: ...et là il dit: Je m'en vais à la Commission des affaires sociales. Je le demande, on me donne le droit d'en appeler de la décision. C'est la situation ante qui prévaut?

M. Iglesias: Le médecin va demander une suspension immédiate, une restitution de la jouissance de l'utilisation des ressources.

M. Trudel: Alors, si ce n'est pas la situation ante qui prévaut, il faut que...

M. Iglesias: Il va le demander. Si le médecin ne la demande pas, ça continue, mais il peut demander à la Commission de suspendre en attendant que la cause soit entendue. On a vu ça dernièrement dans les journaux.

M. Trudel: On a vu ça dans un cas au hasard, comme la Cité de la santé, à quelque part.

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette: 141.3..

M. Trudel: Ce n'est pas automatique...

M. Iglesias: Non.

M. Trudel: ...dans la procédure judiciaire ou civile, un appel.

Une voix: ...ne suspend pas la...

M. Trudel: Suspend l'application de la décision. Je comprends! Ça suspend l'application. Un appel recevable par un tribunal de niveau supérieur suspend la sanction ou suspend la décision. Exemple, au hasard, la loi sur le tabac au fédéral. Ils sont allés en appel, la loi continue de s'appliquer.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Chevette: C'est-à-dire que si tu te

prévaux de ton droit d'appel, l'application est suspendue également.

M. Trudel: Non, mais ce n'est pas ça dans ce cas-ci.

M. Iglesias: Dans le cas de la Commission, la sanction se continue, à moins que le médecin ne demande une suspension...

M. Trudel: Et qu'il l'obtienne.

M. Côté (Charlesbourg): Une suspension de l'application...

M. Iglesias: Et qu'il l'obtienne. C'est la Commission qui va le...

M. Côté (Charlesbourg): C'est la Commission qui décide, la Commission des affaires sociales...

M. Iglesias: Exactement.

M. Côté (Charlesbourg): ...premièrement, et, deuxièmement, il y a le jugement de l'appel.

M. Trudel: Oui, sur le fond, sur l'interlocutoire, dans un premier temps. C'est différent des processus judiciaires en matière de justice que ce qui se passe devant les tribunaux civils et tribunaux en matière criminelle.

M. Charlebois: C'est différent des griefs.

M. Trudel: Et c'est différent des griefs, effectivement.

Une voix: C'est 141.3.

M. Trudel: C'est à peu près le seul cas où ça s'appliquerait.

M. Chevrette: ...141.3.

M. Trudel: Il ne faut pas que ce soit trop long, mais, est-ce que c'est formel, ça, dans la Loi sur la Commission des affaires sociales, ce droit de demander la suspension, l'interlocutoire?

M. Iglesias: L'avocat nous dit ici que dans les tribunaux civils, habituellement, quand tu vas en appel, tu as un jugement de première instance...

M. Côté (Charlesbourg): Qui reste valide tant qu'il n'est pas invalidé par la Cour supérieure.

M. Iglesias: Tandis qu'ici le premier appel, c'est l'appel unique.

M. Trudel: Non, non, mais...

M. Iglesias: Ici, quand on dit: en appel, ça ne veut pas dire... l'article 22.

Des voix:...

M. Iglesias: À l'article 22... Je vais vous le lire: Sur réception d'une requête ou d'un appel, le secrétaire ou le secrétaire adjoint de la Commission ou, dans le cas d'un appel interjeté en vertu de l'article 81 de la Loi sur la sécurité du revenu un membre ou un assesseur de la Commission doit aviser sans délai la partie contre qui la requête ou l'appel est formulé. Un appel ne suspend pas l'exécution de la décision à moins qu'un membre de la Commission n'en ordonne autrement dans les cas d'urgence.

M. Trudel: À moins que la Commission n'ordonne autrement...

Des voix: C'est ça.

M. Trudel: ...en cas d'urgence.

Des voix: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): C'est la Commission qui va décider.

M. Trudel: Il faut nécessairement qu'il y ait une règle adoptée par le conseil d'administration. Il faut qu'il y ait une règle. Bon. Alors, s'il n'est pas d'accord avec la sanction en vertu de la règle, il faut qu'il fasse appel à un autre tribunal indépendant, transparent.

M. Iglesias: Il peut y avoir deux points. Il peut être d'accord. Il peut dire: L'infraction n'a pas eu lieu ou je ne suis pas d'accord avec la sentence, ou les deux. C'est ça que ça veut dire.

M. Trudel: Oui. Ce n'est pas sur... C'est sur le processus.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Sur le processus...

M. Iglesias: Ce n'est pas seulement sur la sanction, c'est sur le fait lui-même.

M. Trudel: Non. C'est qu'on note que ce n'est pas la même jurisprudence, ce n'est pas le même raisonnement d'application devant les tribunaux de droit commun.

M. Iglesias: Par contre, n'oubliez pas qu'ici il y a un appel. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'autre tribunal qui a jugé.

M. Trudel: Oui, parce que, dans un troisième cas, s'il n'est pas d'accord avec la décision de la Commission des affaires sociales, il peut

en appeler à un tribunal de droit commun de la décision de la Commission des affaires sociales.

M. Chevette: ...jugement devant la Cour supérieure.

M. Trudel: Oui. Il s'en va devant un tribunal de droit commun. C'est la seule façon d'avoir un recours extérieur après la décision d'un tribunal administratif parce que la décision du tribunal administratif, elle, n'est pas sujette à révision et il n'y a pas de délai de prescription dans ces choses-là.

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

Le Président (M. Joly): L'article 148.4 est adopté. Le nouvel article 148.4 est adopté. J'appelle l'article 153.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M. Côté (Charlesbourg): 1° Remplacer, dans la deuxième ligne du premier alinéa, les mots "centre hospitalier" par les mots "établissement qui exploite un ou plusieurs centres".

2° Remplacer, dans la deuxième ligne du deuxième alinéa, les mots "le centre" par les mots "tout centre exploité par l'établissement".

3° Remplacer, dans la dernière ligne du deuxième alinéa, les mots "de l'établissement" par les mots "pris en vertu du paragraphe 3 de l'article 411".

4° Ajouter, à la fin, les alinéas suivants...

M. Chevette: Quatrièmement?

M. Côté (Charlesbourg): Oui. 4° Ajouter, à la fin, les alinéas suivants: "Le conseil d'administration formé suivant l'un des articles 88 à 92 peut toutefois prévoir qu'un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour l'ensemble des établissements qu'il administre.

"Ce conseil est composé de l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par chacun des établissements et qui jouissent du statut requis par règlement visé au deuxième alinéa."

M. Trudel: Pourriez-vous me donner un exemple d'établissement visé par 4°, un exemple d'établissement qui exploiterait plusieurs centres? (16 heures)

M. Côté (Charlesbourg): Un conseil fusionné de centres d'accueil, par exemple, sur le même territoire, les MRC.

Une voix: Un conseil d'administration unifié.

M. Côté (Charlesbourg): Unifié, ou il y

aurait plus de cinq médecins pour former un CMDP.

M. Chevette: Ça pourrait être un centre d'accueil, par exemple, qui est géré par le même conseil d'administration aussi, mais dont le médecin irait en gériatrie exclusivement, par exemple? Ça peut être ça aussi?

M. Charlebois: Ça vise un conseil unifié pour plusieurs centres d'accueil qui seraient administrés par un seul conseil d'administration.

M. Chevette: Mais prenons l'exemple d'une psychiatrie infantile qui est à part, un centre d'accueil et un hôpital qui a trois vocations. Tu as trois établissements distincts, mais il y a un seul conseil d'administration.

Une voix: Trois centres.

M. Chevette: Ça fait trois centres.

Une voix: Trois centres pour un établissement.

M. Côté (Charlesbourg): Si on reprend l'exemple qu'on a vécu passablement au mois de mai et au mois de juin, notre centre de Saint-Joachim-de-Tourelle...

M. Chevette: Tourelle.

M. Trudel: De Cap-Chat.

M. Côté (Charlesbourg): ...de Cap-Chat et de Sainte-Anne-des-Monts. Le conseil d'administration décide qu'il regroupe tout le monde sous un CMDP...

M. Chevette: Un seul CMDP.

M. Côté (Charlesbourg): Un seul CMDP.

M. Chevette: C'est beau.

M. Trudel: Mais il y a aussi la possibilité qu'un établissement exploite un centre hospitalier d'où il est obligé d'avoir un CMDP et qu'il exploite également deux autres centres qui ne sont pas des centres hospitaliers. Il pourrait faire en sorte que le CMDP créé en vertu de l'obligation du centre qu'il exploite en termes de centre hospitalier soit également responsable des questions professionnelles pour les deux autres catégories de centre qu'il exploite et qui ne sont pas des centres hospitaliers.

M. Charlebois: Une petite nuance.

M. Trudel: Une petite nuance?

M. Charlebois: C'est que le CMDP, il n'est

pas obligé d'en instaurer un parce que c'est un centre hospitalier, il est obligé d'en instaurer un parce qu'il y a cinq médecins et plus. Ça devient universel.

M. Trudel: Oui, oui.

M. Chevette: Adopté.

M. Trudel: ...oui. L'obligation ne vient pas du même raisonnement. C'est parce que je pensais vraiment qu'au moins un centre hospitalier avait cinq médecins.

M. Chevette: Il vous reste quelques heures à nous subir, réveillez-vous.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, mais...

M. Trudel: Parce que tous les centres hospitaliers doivent avoir au moins cinq médecins, j'espère.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, mais c'est une fausse impression parce que moi, j'en ai un plaisir quotidien...

M. Chevette: Vous, je le savais...

M. Côté (Charlesbourg): ...depuis déjà 200 heures à la...

M. Chevette: Vous êtes un peu maso sur les bords.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Maso. Pas masso, maso.

M. Chevette: Vous négo, maso...

M. Trudel: Un conseil d'administration pourrait donc décider qu'un CMDP, obligatoirement formé en vertu du fait qu'il y a cinq médecins et plus qui oeuvrent dans un établissement, va également officier pour un autre centre où il y aurait cinq médecins et plus et qui n'est pas un centre hospitalier.

M. Iglesias: Ces médecins-là vont rejoindre le CMDP.

M. Trudel: Vont joindre le CMDP.

M. Iglesias: Et la qualité de l'évaluation va s'améliorer suivant l'expertise...

M. Trudel: Ça, c'est un jugement de valeur. C'est au conseil d'administration à faire ce jugement de valeur là, parce qu'il pourrait aussi décider qu'il va y avoir trois CMDP si, dans les trois types de centre...

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel: ...il y a au moins cinq médecins...

M. Iglesias: C'est ça, c'est ça.

M. Trudel: ...qui opèrent. Et, pour plus d'efficacité, pour plus d'efficience, il pourrait décider qu'il y en ait trois.

M. Chevette: Oui monsieur.

M. Trudel: ...et non pas uniquement parce que...

M. Chevette: Même s'il y a un seul conseil.

M. Iglesias: À ce moment-là, il a le choix.

M. Chevette: Oui, oui.

M. Iglesias: Il a le choix.

M. Chevette: C'est les médecins qui choisissent. Bien, c'est-à-dire, le conseil...

M. Iglesias: Le conseil.

M. Côté (Charlesbourg): Le conseil.

M. Chevette: Oui, mais c'est à la demande des corps médicaux. S'ils tiennent à exiger qu'il y en ait un par centre...

M. Iglesias: Ça peut partir d'eux autres.

M. Côté (Charlesbourg): Mais dans les deux sens. Ils peuvent exiger qu'il y en ait un seul pour les trois.

M. Chevette: Oui.

M. Trudel: Bien sûr.

M. Côté (Charlesbourg): Pour question d'efficacité et de...

M. Trudel: Exact.

M. Iglesias: Parfois, ils peuvent se trouver en...

M. Chevette: Mais comme cette réforme va donner lieu à la réunification de la profession médicale, à mon point de vue, ils vont chercher à en avoir un seul.

M. Iglesias: Ils sont tous amis.

Une voix: C'était dans le livre blanc.

M. Chevette: Ça, ce n'était pas dans le

livre blanc, c'était dans la négociation de la réforme.

M. Trudel: Ça, c'était le livre au soleil durant l'été.

M. Chevrette: Bon! Correct.

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

Le Président (M. Joly): L'amendement à 153, adopté. L'article 153, adopté tel qu'amendé. L'article 154 est appelé.

M. Côté (Charlesbourg): Remplacer l'article 154 par le suivant: Conformément aux règlements...

M. Trudel: Pas la réserve, mais l'observation que je voulais faire, c'est qu'au 7 décembre, ce que le ministre affirmait dans son projet de loi déposé à l'Assemblée nationale, c'est qu'il y aurait un CMDP dans tous les centres, dans tous les établissements qui exploitent un centre hospitalier.

Une voix:...

M. Trudel: Non, dans un centre hospitalier. Plus tard, on est arrivé avec une recommandation qui dit:... et cinq médecins aussi, dans un centre hospitalier. Là, c'est: pour tous les établissements qui ont cinq médecins et plus, on va créer un CMDP. L'exemple le plus clair qu'il faut prendre, c'est que quand, au sein d'un CLSC, il y a cinq médecins qui oeuvrent, il y a la création d'un CMDP.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

M. Trudel: Bon. Et ce n'est pas uniquement pour les centres hospitaliers où il y avait cinq médecins et plus.

M. Côté (Charlesbourg): Non.

M. Trudel: C'est maintenant pour tous les établissements...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Ça, là-dessus, je veux noter juste...

M. Côté (Charlesbourg): Il y a un ajout.

M. Trudel: Il y a un ajout.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Il y a un ajout clair.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui, oui.

M. Trudel: Et en n'oubliant pas non plus que, pour cinq médecins et moins, un autre article qu'on a ajouté, lui, dit, qu'il peut y avoir la création d'un service médical ou la nomination d'un responsable des services médicaux quand, dans un établissement, il y a au moins un médecin qui intervient là-dedans.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Il y a une extension, par rapport à ce qu'on disait au mois de décembre, très claire...

M. Côté (Charlesbourg):... qui rejoint la réalité parce que c'est déjà le cas au niveau des CLSC qui ont plus de cinq médecins, cinq médecins et plus, il y a un CMDP.

M. Trudel: Et là-dessus... L'autre question, il n'y a pas de règles établies quand il peut y avoir seulement un CMDP pour l'ensemble des centres qu'exploite l'établissement. Quand il y en a déjà un, soit en vertu de l'obligation de la loi ou par choix du conseil d'administration, il n'y a pas d'obligation de consulter celui-ci pour dire: Vous allez faire le travail ou il va y en avoir rien qu'un. Il n'y a pas d'obligation de consultation du CMDP en place pour celui dans la loi.

M. Côté (Charlesbourg): Non. C'est une décision qui appartient, à ce moment-ci, au conseil d'administration sur lequel siègent des médecins. À partir du moment où il y a un CMDP... Votre question, c'est: Dans la mesure où, par exemple...

M. Trudel: Tu peux avoir... Tu as trois...

M. Côté (Charlesbourg): À Sainte-Anne-des-Monts, parmi nos trois, il y en a un CMDP...

M. Trudel: Oui, c'est ça.

M. Côté (Charlesbourg):.. alors qu'il n'y en a pas ailleurs. Votre question...

M. Trudel: C'est ça. Le conseil d'administration dit: Bon, savez-vous, vous allez couvrir la réalité de Saint...

M. Côté (Charlesbourg):... de Saint-Joachim-de-Tourelle...

M. Trudel:... Joachim-de-Tourelle et puis...

M. Côté (Charlesbourg): Cap-Chat.

M. Trudel: Cap-Chat. Le conseil d'administration décide ça. Là où il y en a un CMDP, lui, il n'a pas d'obligation de le consulter avant de prendre cette décision-là.

M. Côté (Charlesbourg): Non.

M. Trudel: Il y a deux bouts de la réalité, hein? Il y a le bout de la réalité professionnelle où un CMDP d'un centre pourrait se faire dire, par un conseil d'administration: Sais-tu, à partir de demain matin, tu vas avoir la responsabilité de tous les secteurs professionnels de deux autres établissements. Ça, c'est une réalité. L'autre bout de la réalité sur le plan organisationnel, deux autres centres pourraient se voir dire, par un conseil d'administration unifié: Savez-vous, il va y avoir rien qu'un CMDP et vous autres, on ne vous a pas consultés là-dedans parce qu'on ne nous en fait pas le devoir obligatoirement de vous consulter. Les deux autres centres pourraient être, je dis "pris", ça dépend des circonstances, pourraient vivre avec une décision de dire: On nous impose un seul CMDP qui est celui existant ou celui que l'on crée, peu importe, et sans qu'on vous consulte à l'autre bout.

M. Côté (Charlesbourg): Je ne vois pas de mal à recevoir un avis ou consulter...

M. Chevette: D'autant plus qu'on dit partout que s'il y a cinq médecins...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui, oui.

M. Chevette: On leur crée l'obligation de créer un CMDP puis, dans un deuxième temps, vous dites: On peut vous envoyer paître si on est un conseil d'administration fusionné.

M. Côté (Charlesbourg): À ce moment-ci, la consultation, dans votre esprit, serait des médecins ou du CMDP?

M. Chevette: Obligatoire, c'est le corps médical. C'est le corps médical qui forme un CMDP, ce n'est pas le CMDP comme tel.

M. Iglesias: C'est les médecins.

M. Chevette: Les médecins de l'institution ou du centre en question.

M. Iglesias: Après consultation de tous les médecins concernés.

M. Chevette: De tous les médecins concernés?

M. Iglesias: Médecins, dentistes et pharmaciens concernés.

M. Trudel: Après consultation de cette catégorie. Et du centre concerné aussi. Les deux bouts, là.

M. Iglesias: C'est lui qui le gère.

M. Chevette: Si c'est le même conseil...

M. Trudel: C'est lui qui exploite. C'est l'établissement qui exploite ce centre. On fait l'obligation de consulter ce centre-là, tout comme on a fait l'obligation, au niveau des budgets, de distinguer les budgets de chacun des centres. On a fait l'obligation de distinguer ça. Alors, c'est l'obligation de consulter les médecins, dentistes et pharmaciens.

M. Chevette: On peut mettre ça en suspens, le temps que vous cogitez avec vos légistes.

M. Iglesias: Vous vouliez consulter les médecins concernés?

M. Trudel: Un.

M. Iglesias: Et?

M. Trudel: Le centre concerné. Le ou les centres concernés.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Mais si on se rappelle notre centre, nos trois centres de Saint-Joachim-de-Tourelle, Sainte-Anne-des-Monts, Cap-Chat ont un seul conseil d'administration qui est unifié et qui prend les décisions. L'obligation qu'on a faite, ça a été de ventiler des budgets par centre. Évidemment, l'autorité est le conseil d'administration unique.

M. Trudel: Clair.

M. Côté (Charlesbourg): Bon. Donc, à partir de ce moment-ci, quand on dit de consulter les médecins, il va de soi que c'est les médecins qui sont dans les trois unités où se dispensent des soins. Mais il n'y a plus d'autorité au conseil d'administration de Saint-Joachim-de-Tourelle, de Sainte-Anne-des-Monts ou de Cap-Chat. Il y en a une seule, c'est le conseil d'administration. Donc, ils ne peuvent pas consulter quelque chose qui n'existe plus. Ils vont consulter les médecins, mais ils ne pourront plus consulter les conseils d'administration de centres qui n'existent plus.

M. Trudel: Non. Première partie de la réalité, ça va, on s'entend. Consulter les médecins, où qu'ils soient, dans l'un ou l'autre des centres. Mais cet établissement-là a bien sous sa responsabilité l'exploitation de trois centres.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: O.K. Et il y a un seul conseil d'administration. Sauf qu'il continue d'exister trois centres avec une structure dans le plan d'organisation. Il y a une direction à ce centre à quelque part, il y a du personnel. C'est clair.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, du personnel, ça peut être un directeur adjoint du directeur général qui, lui, a l'ensemble...

M. Trudel: Oui, oui. Oui, oui.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui, mais c'est parce que là...

M. Trudel: Je n'ai pas dit le conseil d'administration du centre concerné, ça n'existe pas.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais consulter le directeur... Il me semble bien que si le directeur ne fait pas la consultation de son directeur adjoint qui est dans un autre établissement, il y a quelque chose qui ne marche pas à quelque part. On va être obligés d'être aussi spécifiques que ça dans la loi... Je pense qu'à partir du moment où le CMDP concerne les médecins et qu'on va consulter les médecins des trois centres, il me semble qu'on a fait ce qu'on devait faire.

(16 h 15)

M. Trudel: Ça peut quasiment être comme un chef de service. Ça peut être un adjoint.

M. Côté (Charlesbourg): Autrement, tu consultes des employés, tes salariés.

M. Chevette: S'il y avait des médecins... Je comprends l'idée de mon collègue. Si tu avais des médecins qui oeuvraient exclusivement... Prenons, par exemple, un centre où il y a six médecins qui oeuvrent exclusivement dans ce centre-là. S'il y avait un CMDP qui s'est créé en vertu de l'obligation qu'on leur fait... Ils sont cinq, ils se créent un CMDP et puis le conseil d'administration qui est unifié, lui, décide qu'il n'y en a plus là. En quoi le conseil d'administration... En quoi les médecins des deux autres centres peuvent-ils être concernés par exemple, à supposer qu'ils veuillent en faire disparaître un seul?

M. Iglesias: Mais ils vont tous être consultés...

M. Chevette: C'est ça, ils se disent...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais ils vont tous être consultés.

M. Chevette: Oui, ils vont être consultés, mais automatiquement, au départ, celui qui est en voie de disparition, il le sait d'avance. Ordinairement, c'est le plus gros qui mange le plus petit. C'est comme dans la vie, ça. J'ai bien l'impression que les carottes sont cuites avant même qu'ils ouvrent la trappe. C'est ça un peu qu'ils soulignent. Moi, personnellement, je comprends que si c'est une autorité unifiée, tu as une seule autorité pour les trois. Ça, je comprends ça.

M. Côté (Charlesbourg): C'est parce que ça ne changerait pas la situation, en tout cas, à mon point de vue, que de consulter d'autres que les médecins.

M. Chevette: Non.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, mais c'est ça. Évidemment, s'il était demeuré une entité de conseil d'administration, ce serait une autre affaire. Mais il ne l'est pas. Et il est sous un seul chapeau.

M. Chevette: Je comprends ça.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense qu'à partir du moment où on consulte...

M. Iglesias: Tous les médecins...

M. Côté (Charlesbourg): ...tous les médecins...

M. Iglesias: ...dentistes et pharmaciens.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Il est clair là-dessus que vous allez avoir l'avis, on va dire à caractère professionnel, de tous les médecins oeuvrant dans tous les centres. Le raisonnement de mon collègue, qui continue, c'est: Par ailleurs, physiquement, il peut y avoir dans bien des cas des centres différents. Il y a des centres... On exploite des centres différents et là, le plus petit tombe dans la machine à saucisses et dit: Écoutez, moi là, je ne parle pas du point de vue professionnel médecins, dentistes et pharmaciens, là, je parle du point de vue de l'organisation et de la pertinence d'avoir un CMDP différent pour cet établissement-là. Comment il va s'exprimer, lui, quelque part, le centre concerné? Et j'essaie de trouver un CLSC, par exemple, qui exploite - un CLSC peut exploiter; on a cité des exemples - un centre d'accueil, soins de longue durée. On l'a vu quelque part?

M. Chevette: Il y en a quelques-uns. Il y en a qui exploitent des centres d'accueil et de réadaptation.

M. Trudel: Oui. Est-ce qu'il y en a qui gèrent des centres d'accueil et de réadaptation?

M. Chevette: Je pense qu'il y en a un ou deux. Des centres d'accueil et d'hébergement, et tout ça, ça, c'est sûr.

M. Iglesias:...

M. Chevette: Ah! c'est Sainte-Foy.

M. Iglesias: Un conseil d'administration. Il

vont pouvoir... Pas les médecins, mais les centres. Il y a des choses qui émanent au conseil d'administration.

M. Chevette: Non, non, mais reprenons votre 153. Vous créez l'obligation de créer... Un pouvoir de portée générale, une obligation de portée générale. Partout où il y a cinq médecins et plus, il y a un CMDP. Correct? Ça, c'est d'une clarté, d'une limpidité. Quand vous arrivez après, après avoir dit: Vous avez obligation de créer un CMDP partout où il y en a cinq, vous dites: Même si vous êtes cinq, quand c'est sous un conseil d'administration unifié, c'est le conseil qui décide s'il y a un seul CMDP ou s'il n'y en a pas.

À mon point de vue, si on a cru bon d'obliger les institutions ou les centres qui avaient cinq médecins et plus à créer un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, c'est parce qu'on a voulu qu'ils travaillent en équipe et qu'il y ait un contrôle de l'acte professionnel. Et parce qu'il y a eu une unification, cette importance-là diminue alors que dans les faits, s'il n'y avait pas eu unification des conseils, les bâtisses, les établissements auraient continué à oeuvrer exactement comme avant. Et l'importance de créer l'unité qu'est le CMDP pour fins de contrôle de qualité de l'acte professionnel aurait existé. Ce n'est pas la fusion des conseils qui fait que, du jour au lendemain, le contrôle de l'acte ou la qualité de l'acte n'existe plus. À mon point de vue, c'est un faux argument. Très honnêtement, je dirais tout au moins que si on a cru important, dans le projet de loi, de créer l'obligation de créer un CMDP là où il y avait cinq médecins et plus, on doit au moins avoir l'avis, non pas de ceux qui viendraient grossir leur nombre, mais de ceux qui disparaissent pour voir si leur qualité peut être en péril ou s'ils sont capables de travailler avec les autres sans diminuer leur qualité de fonctionnement. C'est ça, il me semble, l'esprit de la réforme et non pas...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, d'accord, mais par l'avis que nous ajouterions, qu'on irait chercher chez les médecins, ce n'est pas uniquement les médecins du CMDP qui reste, mais, éventuellement, du CMDP qui disparaît aussi.

M. Chevette: Je sais, mais, moi, M. le ministre, je connais peu de personnes qui fusionnent qui vont vous donner un avis en vous disant que ça ne fonctionnera pas dans le plus gros. Vous connaissez les D.G. d'hôpitaux, vous connaissez des D.G. un peu partout, là, pas seulement dans les hôpitaux, dans les CLSC ou dans les CRSSS. Quel D.G. ne veut pas voir grossir son affaire et avoir des grosses affaires, vous savez? En connaissez-vous, vous? Moi, je n'en connais pas. Ils veulent tous le plus gros possible. Vous avez même dit que certains

hôpitaux prennent des initiatives de développement. Il faut contrôler. Ils ont des appétits. Allez-vous me faire accroire, vous, qu'un CMDP où ils sont 30, à qui vous allez demander: Qu'est-ce que tu penses: le petit qui en a 6 devrait-il exister? Il va dire: Non, non, qu'il s'en vienne donc avec nous autres. C'est normal. Et vous créez l'obligation en fonction d'une qualité. Ça ne résiste pas à l'analyse, votre affaire, pas du tout. Sinon, ne les obligez pas à se former si vous pouvez leur faire faire hara-kiri le lendemain matin. C'est aussi simple que ça. Le docteur devrait me dire ça, lui.

M. Iglesias: On croyait plutôt au cas contraire. Habituellement, on ne prévoyait pas qu'il y aurait un problème dans ce cas-là.

M. Chevette: Non, c'est vrai.

M. Iglesias: Mais ce serait le contraire. Vous avez 1 ou 2 médecins qui ne voudraient pas s'associer pour ne pas être évalués, c'est dans l'une des composantes.

M. Chevette: Vous avez des DSP qui vont les évaluer. Vous leur avez donné tout le pouvoir exclusif que vous m'avez dit tantôt, le pouvoir de suspendre. Vous venez de lui donner le pouvoir, à part ça, d'aller jusqu'à la Commission des affaires sociales.

M. Iglesias: Si vous avez un CMDP qui a 5 ou 6 membres et qu'il y en a un autre qui a 2 membres, un qui a 2 médecins et 1 médecin, ceux-là, c'est possible aussi qu'ils disent: Non, nous autres, on ne veut rien savoir d'entrer dans le CMDP. On est bien, là. On a un service, là.

M. Chevette: Mais pourquoi vous créez l'obligation partout où il y en a 6, si vous avez peur de ça?

M. Iglesias: Bien, je ne vous parle pas de ceux qui en ont 6, mais où il y en a moins de 6.

M. Chevette: Bien, vous n'êtes pas obligé d'avoir un CMDP là où il n'y en a pas 5 et plus.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Chevette: Lisez l'article que vous venez de nous donner, là. Ce n'est pas ça que je vous dis comme raisonnement, moi. Je dis: Là où le nombre l'exige, c'est 5 et plus.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Chevette: Vous créez l'obligation, oui ou non? On va suivre un petit raisonnement tous les deux pour essayer de se comprendre. Je ne parle pas de ceux qui en ont 2 ou qui en ont 3, là. Obligatoirement, y en a-t-il un quand il y en

a 5 et plus, oui ou non? Doc, j'ai raison ou si j'ai tort?

Le Président (M. Joly): Vous faites référence à monsieur...

M. Chevette: Par l'intermédiaire du ministre, je veux parler au docteur.

Le Président (M. Joly): Merci.

M. Chevette: Est-ce que j'ai raison de prétendre que là où il y en a 5 et plus vous les obligez à avoir un CMDP?

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette: Donc, votre exemple ne tient plus. En bas de 5, ça ne tient pas.

M. Iglesias: Mais, là, vous avez différentes composantes. Il y en a un qui en a 5, il y a un CMDP.

M. Chevette: Il y en a un qui en a 5, l'autre en a 15 et l'autre en a 22, c'est correct?

M. Iglesias: Mettez 5, 2, 1.

M. Chevette: Avec 2, 1, il n'y en a pas. On ne peut pas leur demander de disparaître, ils n'existent pas.

M. Iglesias: Alors, quand votre collègue dit de consulter, vous voulez dire de consulter les médecins concernés...

M. Chevette: Non, non, ce n'est pas ça que mon collègue a dit.

M. Iglesias: ...et les CMDP existants.

M. Chevette: Ce n'est pas mon collègue qui n'a pas compris, c'est vous. C'est quand on veut faire disparaître des CMDP existants dans le cadre d'une fusion de conseils d'administration, c'est ça que vous dites. Quand il y a trois conseils CMDP existants dans trois centres différents, si vous faites exprimer deux qui ne demandent pas mieux que de gober le troisième, voyons, c'est stupide. Ne les consultez pas. Vous allez vous faire dire oui et l'autre, les tatas vont disparaître, c'est tout, alors que vous les avez obligés à s'en donner un. Ça ne résiste pas à l'analyse, pas une minute, votre affaire. Ah! Regardez-le comme il faut et lisez-le surtout. Si vous avez de la misère à comprendre, je vais vous aider. Parce que là, là-dessus, ça n'a pas d'allure ça.

M. Côté (Charlesbourg): Il faut...

M. Chevette: Ça ne se tient pas, ça.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Il faut admettre que l'explication du départ de cet article, de cet élément de l'article vise à continuer d'être logique. O.K.? On peut bien voir dans l'application certains écueils. Alors, ce qu'on a dit c'est qu'on donnait, c'est "peut" dans l'article. Oui, oui, c'est "peut". C'est bien ça. En tout cas, c'est ce que j'ai vu tantôt, à moins que ça n'ait changé depuis ce temps-là. "Le conseil d'administration formé suivant l'un des articles 88 à 92 peut toutefois prévoir qu'un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour l'ensemble des établissements qu'il administre." Donc, on a repris notre exemple de Saint-Joachim, de Sainte-Anne-des-Monts et Cap-Chat et on dit: Il devrait y en avoir un seul et le conseil peut déterminer, pour toutes sortes de raisons, meilleur regroupement, meilleure qualité, meilleure complicité, finalement, de l'ensemble des médecins des trois établissements et c'est une bonne chose... Et je pense, je continue de dire que ça demeure une bonne chose et dans le principe qu'il y a là, c'est ça.

Au fil de la discussion, vous avez dit: Il faudrait quand même que les médecins soient consultés parce qu'il peut bien arriver qu'une décision se prenne, qu'un CMDP existe à Sainte-Anne-des-Monts mais n'existe ni à Saint-Joachim, ni à Cap-Chat et qu'il faudrait que ces médecins-là soient consultés. On a dit: Oui, ça a du bon sens. On va le mettre dedans. Là est arrivé un autre exemple par la suite. Parce que, là, il faut y aller en séquence. Il y avait un bout de logique là-dedans qui était intéressant. Vous arrivez avec l'exemple où on pourrait avoir un CMDP obligé de par la loi, parce qu'il y a plus de cinq médecins à Sainte-Anne-des-Monts et à Cap-Chat et que si le conseil d'administration décide d'en avoir un seul, forcément il y en a un des deux qui va disparaître.

M. Chevette: Les deux disparaissent.

M. Côté (Charlesbourg): Bien, c'est-à-dire qu'il y en aurait un nouveau de créé et on pourrait dire que c'est à partir de celui de Sainte-Anne-des-Monts que tu fais le CMDP des autres qui sont regroupés alentour. C'est là que vous avez apporté ce point-là, je pense, et c'est sur ce point-là que la discussion porte à ce moment-ci parce qu'il y en a un qui disparaîtrait alors qu'on a créé dans la loi l'obligation d'en créer un quand il y a cinq médecins au moins.

M. Chevette: Mais si vous ne forcez pas, en vertu de la loi... Le principe fondamental dans cet article n'est pas la fusion des centres, c'est la composition des CMDP là où le nombre l'exige. C'est le principe de la loi. C'est l'objectif, l'objet même de l'article. Oui ou non? C'est de même que je l'interprète, moi. Quand on crée un article pour délibérément créer une obligation de faire... L'obligation de faire n'est pas de fusion-

ner les conseils d'administration ici, c'est d'abord de créer... D'ailleurs, le numéro 4 n'était pas dans notre article avant. J'ai deux articles ici, moi.

Une voix: Oui, oui.

M. Chevette: Et trois, le quatre n'y était pas. Donc, l'obligation de faire, c'était de créer un CMDP partout où il y a cinq et plus. Pourquoi? Pour correspondre à un besoin de contrôle de qualité de l'acte médical et des actes médicaux posés. Ça va très bien. On achète ça. On dit: Parfait! c'est beau, bravo! Là, vous nous dites: Oh! Même si je vous ai forcé, aujourd'hui, j'ai un amendement. Dans les cas des centres qui se fusionnent et qui deviennent sous la tutelle d'un seul conseil d'administration, le conseil peut décider qu'il y en a un. Il n'y a pas d'obligation de consulter, de un, et de deux, qui plus est, la discussion porte sur le fait que vous allez consulter tout le monde pour faire disparaître peut-être un ou l'autre. À mon point de vue, en toute logique, quand tu crées de par la loi l'obligation en fonction d'objectifs, tu dois avoir le même souci, par la suite, quelle que soit ta structure administrative. Si le nombre l'exige dans un centre et s'ils veulent continuer à contrôler... Parce que dans ces endroits-là, quand tu es à 40, 50 milles de distance, dans bien des cas, à part ça, c'est souvent la stabilité du corps médical. Ils ne se promènent pas, ils n'iront pas... Peut-être dans le bas de la Gaspésie, mais dès que vous tombez un peu alentour de... dans des distances épouvantables, dans les TNO là, si vous avez cinq, six médecins là, je vous garantis qu'ils n'iront pas nécessairement au CMDP de l'autre.

M. Côté (Charlesbourg): J'aimerais bien ça que vous me donniez un exemple d'un TNO où il y a cinq médecins.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Ah! Il n'y en a pas gros.

M. Côté (Charlesbourg): Où il y a du monde, on a de la misère à en avoir.

M. Chevette: C'est parce que j'ai regardé mon ami qui est entouré de TNO. Gendron, 55 municipalités en Abitibi. Toi, je ne sais pas combien tu en as.

M. Trudel: 48.

M. Chevette: 48. Ça fait 97 à deux. Pas pire. Et je te garantis qu'ils n'iront pas... Tu vas en avoir deux, trois ici, deux, trois là, deux, trois médecins qui vont oeuvrer autour d'une structure quelconque. Je trouve que c'est détruire l'impact, la portée de l'article.

M. Côté (Charlesbourg): Mais, je veux bien qu'on comprenne pourquoi ça a été introduit. On peut y voir des vices à force d'analyser et de voir son application, et c'est possible qu'il y en ait, à part ça, qui n'ont pas été vus. Mais l'origine de ça, c'est de s'assurer que dans certaines circonstances... Je vais vous donner un exemple: Tourelle. De Sainte-Anne-des-Monts et Cap-Chat, c'est huit milles de distance. Il n'y a rien là. Effectivement, dans d'autres circonstances, sur le plan territorial, ça peut créer un certain nombre de problèmes, même si on limite à l'intérieur des territoires de même MRC. Mais, effectivement, il peut y avoir des distances assez appréciables à ce niveau-là. Le point qui, à ce moment-ci, me paraît quand même un point important que vous avez soulevé, c'est celui de l'obligation de créer un CMDP. Et c'est là-dessus que j'accroche, donc, dans le sens qu'il faut réfléchir. Dans la mesure où vous avez créé dans la loi l'obligation de créer un CMDP là où il y a cinq médecins, ça pourrait être défait par cet article-là, si le conseil d'administration décidait... Ça ne veut pas dire que les mêmes obligations du CMDP ne sont pas couvertes. Tu pourrais couvrir les mêmes obligations, mais, évidemment, à partir d'une organisation différente.

M. Chevette: On peut réfléchir là-dessus, on est convoqués, nous, pour une petite demi-heure. On va donner congé à l'Assemblée.

Le Président (M. Joly): Nous suspendons nos travaux pour une demi-heure.

(Suspension de la séance à 16 h 32)

(Reprise à 17 h 20)

Le Président (M. Joly): La commission reprend ses travaux.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président.

Le Président (M. Joly): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Dans le but de tenter de régler des problèmes appréhendés, nous pourrions apporter l'amendement suivant à l'article 153: Insérer, après le mot "prévoir", dans 4°, "après consultation des médecins, dentistes et pharmaciens concernés et, le cas échéant, du comité exécutif des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens." Je pense que ça couvrirait l'aspect...

M. Chevette: Pourriez-vous le répéter lentement, s'il vous plaît?

M. Côté (Charlesbourg): Dans la deuxième ligne de l'alinéa que l'on retrouve à 4°, après "prévoir", "après consultation des médecins,

dentistes et pharmaciens concernés et, le cas échéant, du comité exécutif des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens". Donc, on couvre les médecins et on couvre aussi les exécutifs de CMDP qui auraient été formés en vertu de la loi actuelle. On crée l'obligation là où il y a cinq médecins et plus. Donc, ce qui était recherché, à tout le moins qu'on reçoive l'avis, c'est qu'il y ait une consultation. La consultation serait faite à ce moment-là.

M. Trudel: Alors, ce que je vous disais, c'est, sur le plan de la responsabilité professionnelle, d'exercer cette responsabilité-là dans un tel type d'établissement. Là, on s'assure que les médecins et les exécutifs des CMDP des autres centres et de celui existant seront consultés. Moi, je vous disais que ça ne règle pas totalement mon problème de dire: Par ailleurs, oui, sur le plan professionnel, parfait, mais sur les autres, l'organisation de cet autre centre demeure, même si la personnalité juridique ne lui donne plus maintenant...

M. Côté (Charlesbourg): N'existe pas.

M. Trudel: Un conseil d'administration n'existe pas. Je comprends la difficulté que l'on a d'inscrire dans la loi que le centre, je dirais excluant ceux qu'on vient de formellement identifier, doit être consulté au niveau d'une pareille décision, si c'est le souhait du conseil d'administration d'avoir un seul CMDP. Je comprends la difficulté juridique de tenir une telle consultation. Il me reste juste à souhaiter que, sur le conseil d'administration, il y ait des représentants de chacun des centres, en particulier au niveau des employés, qu'il y ait des employés, au conseil d'administration, qui soient en provenance de chacun des centres, ce qui n'est pas garanti formellement. Ce qu'on a garanti au niveau de tel type de centre, au niveau de les regrouper, c'est que ça doit être des catégories de personnel différentes, des titres d'emploi différents, mais pas des centres différents parce qu'il y avait, encore là, une difficulté de nombre.

M. Côté (Charlesbourg): Mais il y a quand même un message, par les propos qu'on échange. Ce serait extrêmement malheureux qu'on se retrouve dans ce genre de situation là, où des intérêts particuliers transcenderaient sur les intérêts de la majorité et de chacun des centres. Je pense qu'à ce niveau-là il faut au moins faire confiance aussi un peu à l'exercice et au fait que le directeur général est responsable de l'ensemble des...

M. Trudel: Tout à fait. Et que les membres de la communauté, à l'occasion de l'assemblée annuelle, pourraient...

M. Côté (Charlesbourg): Ah oui!

M. Trudel: Je le souhaite.

M. Côté (Charlesbourg): Ça ne serait que partie remise.

M. Trudel: Voilà. Alors, adopté.

Le Président (M. Joly): Donc, je considère, M. le ministre, que nous retirons...

M. Trudel: L'amendement, adopté.

Le Président (M. Joly):... le premier amendement 153 pour le remplacer par celui que vous venez de nous lire. Donc, l'amendement à l'article 153 est adopté?

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

M. Trudel: Adopté.

Le Président (M. Joly): L'article 153, adopté tel qu'amendé.

M. Côté (Charlesbourg): L'article 154?

Le Président (M. Joly): L'article 154 est appelé.

M. Chevette: L'article 153 est adopté.

M. Côté (Charlesbourg): Remplacer l'article 154 par le suivant: "Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le conseil d'administration:

"1° de contrôler et d'apprécier la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre;

"2° d'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre;

"3° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder;

"4° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ainsi que sur le statut à lui attribuer;

"5° de donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration entend imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien;

"6° de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de

département clinique;

"7° de faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration, notamment celles ayant pour objet:

"a) la participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités cliniques du centre, y compris la garde;

"b) la participation d'un médecin ou d'un dentiste à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant;

"c) la participation d'un médecin ou d'un dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs;

"d) la participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités médicales prévues à une entente visée aux articles 78 et 78.1 ;

"8° d'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre;

"9° de donner son avis sur les aspects professionnels des questions suivantes:

"a) l'organisation technique et scientifique du centre;

"b) les règles d'utilisation des ressources visées au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 141.3 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues;

"10° de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre;

"11° d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

"Dans l'exercice des fonctions décrites aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens peut, avec l'autorisation du conseil d'administration, avoir recours à un expert externe à l'établissement. Cet expert a alors accès au dossier d'un usager.

"Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement.

"Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent."

M. Charlebois: Un commentaire général. Il y a beaucoup de changements par rapport à...

M. Trudel: Voulez-vous nous raconter votre été, s'il vous plaît?

M. Chevette: Comment il se fait qu'on leur a trouvé un rôle si important?

M. Charlebois: Si important?

M. Chevette: Bien, c'est parce que je regardais...

M. Charlebois: Mieux ciblé.

M. Chevette: ...112, anciennement, par rapport à 154, actuellement...

M. Trudel: Et le projet de loi.

M. Chevette: Ils en font des tours, les CMDP.

M. Charlebois: Il est mieux ciblé.

M. Chevette: Ah! Il est mieux ciblé.

M. Charlebois: C'est ça.

M. Chevette: Mais il n'avait pas de cible du tout avant, dans le projet. Toute une cible! Là, vous avez tout un champ de pratique, ce n'est plus une cible.

Une voix: C'est un chantier.

M. Chevette: Ça a servi à quoi, ça? C'est les "brainstormings" qui vous ont réveillé là-dessus ou bien quoi?

M. Charlebois: Non, non, non, non.

M. Côté (Charlesbourg): Alors l'explication générale...

M. Chevette: Vos lumières se sont allumées, docteur?

M. Charlebois: L'explication générale...

M. Chevette: Vas-y.

M. Charlebois: Comme on l'a souvent mentionné, le CMDP est réinstauré et sa responsabilité envers le conseil d'administration porte essentiellement sur les dimensions professionnelles. On retrouve des éléments qui apparaissent déjà dans la loi comme le premier: contrôler et apprécier la qualité des actes; le deuxième: évaluer et maintenir la compétence. Il y a un ajout, soit l'évaluation de la compétence; auparavant, c'était maintenir uniquement. Faire des recommandations sur les qualifications, c'est une disposition qui y était également. Nous avons introduit le fait que le CMDP doit remettre un avis sur les mesures disciplinaires que le conseil entend imposer, ce qui...

Une voix: C'était là avant.

M. Charlebois: C'était là.

M. Chevette: Par rapport au processus qu'on a adopté tantôt, immédiatement là-dessus, on a adopté un processus tantôt où le médecin qui se voit imposer une...

(17 h 30)

Une voix: ...sanction.

M. Chevette: ...se réfère à la Commission des affaires sociales...

M. Côté (Charlesbourg): Dans le cas de l'utilisation des ressources... Dans le cas où la sanction vise l'utilisation des ressources.

M. Chevette: C'est exclusivement cela?

M. Charlebois: Oui, tandis que là, on parle des mesures disciplinaires. Les sanctions administratives et les mesures disciplinaires, ce sont deux choses.

M. Chevette: O.K. En fait, ils reviennent à trois étapes à ce moment-là, comme le bénéficiaire, eux autres. Dans le cas de plaintes...

M. Iglesias: Les mesures disciplinaires et les sanctions administratives, ce n'est pas la même chose, hein?

M. Chevette: Non, non, je comprends.

M. Iglesias: Les mesures disciplinaires vont pouvoir aller jusqu'à la suspension de privilèges; les autres ne sont pas réputées porter atteinte aux privilèges.

M. Charlebois: Le CMDP conserve un pouvoir de recommandation sur les règles de soins, donc les aspects professionnels. Également, un pouvoir au niveau de la détermination des obligations du médecin qui jouit de privilèges dans le centre. Élaborer les modalités d'un système de garde assuré en permanence. Alors ce qui est nouveau, c'est - on a introduit le mot - d'assurer en permanence la disponibilité de médecins et dentistes.

Le 9^e, il s'agissait là de responsabilités que le CMDP exerçait auparavant, mais sous la forme de recommandations au conseil. Alors comme il y a une modification ici, on parle d'avis, mais sur les aspects professionnels de ces questions. On va voir un peu plus loin que des avis peuvent aussi être remis au DG sur les aspects administratifs de ces questions. Alors, l'organisation technique et scientifique et les règles d'utilisation des ressources visées sont des domaines dans lesquels il y a des aspects de gestion assez importants et les dispositions actuelles de la loi où le CMDP fait des recommandations sur ces matières ont, dans certaines circonstances, entraîné des difficultés dans les établissements.

Faire les recommandations sur la distribution appropriée des soins médicaux. Donc, au

niveau, encore une fois, de l'aspect professionnel, il s'agit d'une recommandation.

L'autre élément qui est nouveau et qu'on retrouve à la toute fin, c'est dans l'exercice des fonctions décrites aux paragraphes 1 et 2, donc les aspects de contrôle et d'appréciation de la qualité et du maintien de la compétence. Le conseil des médecins et dentistes, lorsqu'il fait appel à un tiers, si l'expertise n'existe pas dans le centre, cet expert externe à l'établissement aura accès aux dossiers pour fins d'évaluation, tout comme le CMDP y a accès lui-même pour l'évaluation de ses membres.

Ça, c'est un nouvel élément qui est introduit et qui vise...

Une voix: À donner de l'oxygène.

M. Charlebois: ...à donner de l'oxygène. Non, à dissiper une difficulté qui existait dans les centres où...

M. Iglesias: Des centres où il y avait un petit nombre de médecins, ou dans une discipline où, parfois, il était souhaitable que l'évaluation se fasse par d'autres que ceux qui étaient là.

M. Charlebois: Vous savez, s'il y a entente, c'est parce qu'elle a été satisfaisante pour les deux parties, M. Chevette.

M. Chevette: Pardon?

M. Charlebois: S'il y a entente, c'est parce qu'elle est satisfaisante pour les deux parties. Il y a donc un peu partout dans l'entente des éléments qui nous sont très satisfaisants.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: M. Charlebois, dites ça sans rire. Voyons!

M. Trudel: Sur la première responsabilité... D'abord, un, je pense qu'il faut noter la modification majeure sur le fond. Ce n'est plus sous - il faut se rappeler 154, du dépôt au projet de loi - l'autorité du directeur général. Moi, quand j'ai commencé à lire ça tantôt, j'ai dit: il y a eu comme une petite erreur d'impression ou quelque chose du genre. Mais là, bon... C'est donc maintenant: le CMDP, pour prendre le premier terme qui a particulièrement été travaillé, pour employer un terme poli, est responsable envers le conseil d'administration. Il ne dépend pas du conseil d'administration. Ou, en d'autres mots, expliquez-moi votre définition de la signification de: "il est responsable envers le conseil d'administration". Est-ce que c'est une créature du conseil d'administration? Est-ce que le conseil d'administration peut en disposer? **Que** signifie: "il est responsable envers le conseil d'administra-

tion"?

M. Chevrette: Envers et contre tous, pouvons-nous avoir une réponse?

M. Iglesias: Vous attendez les commentaires du notaire ou du docteur?

M. Trudel: Non. J'attends la réponse... Je soupçonne qu'il y a eu quelques jours passés sur le mot "envers" ou "relève du".

M. Iglesias: Je reprendrai la loi, la loi telle qu'elle est maintenant.

M. Chevrette: ...l'ancienne loi. On est dans la réforme. Pourquoi vous avez maintenu ça? Dans le sens de créature de...

M. Charlebois: Être responsable envers le conseil d'administration, ça veut dire que le CMDP a des comptes à rendre au conseil d'administration. S'il a des comptes à rendre au conseil d'administration, on peut en déduire que le conseil, c'est l'autorité.

M. Trudel: Voulez-vous dire qu'on aurait pu marquer: "sous l'autorité du conseil d'administration"?

M. Charlebois: Ce qu'on a reproduit, c'est le préambule actuel de la loi.

M. Iglesias: Si vous voulez, la façon dont la médecine s'exerce au Québec, c'est des entrepreneurs libres.

M. Chevrette: Travailleurs autonomes.

M. Iglesias: Travailleurs autonomes, qui prennent le bon et le pas bon de ces statuts-là. Le bon, c'est d'être entrepreneurs libres, le pas bon, c'est qu'ils assument des responsabilités comme leur auto-évaluation, à même leurs frais, ils ne sont pas payés pour ça. Ils évaluent leurs pairs. C'est la tradition. Alors, l'entrepreneur libre est regroupé en CMDP. Il faut quand même qu'il travaille de façon concertée en établissement et avec la structure administrative de l'établissement. C'est la façon dont ça fonctionne et il n'y a personne qui a voulu, qui a trouvé d'avantages à en faire des travailleurs qui n'étaient pas autonomes. Parce que la responsabilité du médecin est quand même une responsabilité qu'il porte sur ses épaules pour dire: Je traite le patient de cette façon-là et ce n'est pas le directeur général de la DSP qui va décider ça. Si j'ai des comptes à rendre, j'ai des comptes à rendre envers mon patient et j'ai des comptes à rendre avec mes pairs et ma corporation. Alors, ça, c'est le fondement. Si on ne part pas de ce point-là, on ne peut pas aller plus loin que ça.

M. Trudel: Bon, ça, c'était clair. Merci de l'explication. Mais c'est parce qu'il faut bien constater que le CMDP, en vertu de ça, n'est pas sous l'autorité du conseil d'administration.

M. Chevrette: Il est redevable.

M. Iglesias: Il est redevable.

M. Chevrette: Il est responsable...

M. Trudel: Il est responsable envers...

M. Chevrette: Il est redevable.

M. Trudel: ...et il n'est pas sous l'autorité du conseil d'administration. Parce que regardez, évidemment, deux autres formulations qui nous ont comme occupés un peu au niveau des discussions. Dans une première version il était sous l'autorité du directeur général. Il ne répondait pas au directeur général. Il était sous l'autorité et ça correspondait à une réalité administrative traduite juridiquement que c'était imputable, responsable devant le directeur général.

On est passé, si j'ai bien compris les discussions, de "sous l'autorité du conseil d'administration" pour finalement se retrouver où il est responsable "envers" le conseil d'administration. Ça demeure, à cet égard, un organisme libre de ses choix et de ses orientations et d'un certain nombre de devoirs, par ailleurs, qui lui sont imposés dans la loi. Mais, pour le restant, c'est un regroupement d'entrepreneurs libres oeuvrant dans un centre.

M. Iglesias: Ils doivent être articulés avec un centre. C'est là qu'on a cherché à respecter la notion d'entrepreneurs libres qui doivent être articulés dans leur action avec le centre. C'est ça qu'on a cherché à traduire et c'est ça la bonification, c'est une meilleure articulation des entrepreneurs libres, qui ne sont plus de libres entrepreneurs.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Ça n'existe pas ça, le Nobel de la langue, hein?

M. Chevrette: Ne lâchez pas, docteur.

M. Trudel: Ne lâchez pas, docteur. Alors, ici, le résultat des échanges et des négociations, c'est que c'est envers le conseil d'administration.

M. Côté (Charlesbourg): C'était déposé avant même les négociations.

M. Iglesias: Ça a été déposé avant, dans vos papillons du mois de juin: Envers le directeur général.

M. Trudel: Non, non, non, je m'excuse. Sauf erreur, je lis le papier du 309, là. L'article 154, ça commençait par: Sous l'autorité du directeur général et conformément aux règlements de l'établissement...

M. Côté (Charlesbourg): Je n'essaie pas de vous dire que dans le document intégré qu'on a déposé, quand on a commencé au mois de mars, que ce n'était pas ça. Ce n'est pas ça que j'ai dit.

M. Trudel: O.K.

M. Côté (Charlesbourg): J'ai dit: Au mois de juin, parce qu'au mois de mai, ça a été évolutif, au mois de mai, au mois de juin. Ce que je vous dis, c'est parce que vous dites: Suite aux négociations. Moi, je dis que ce n'est pas suite aux négociations, c'est au mois de juin...

M. Chevette: Suite à la première négociation.

M. Trudel: Suite à la première négociation, à la prénégociation.

M. Côté (Charlesbourg): C'étaient les échanges, avant.

M. Trudel: C'étaient les échanges, avant.

M. Chevette: Le nouveau processus législatif: les échanges, les négociations et, après ça, la sanction.

M. Trudel: Après ça, on va réviser le Code du travail pour réviser les étapes. Alors, c'est de ça que je veux qu'on se rende compte. Allons au 1^o maintenant où, là, il y a une modification substantielle aussi, très substantielle.

Une voix:...

M. Chevette: Pardon?

M. Iglesias: Ça va être la substance.

M. Trudel: Au départ, on demandait au CMDP, qui était sous l'autorité du directeur général, de contrôler et d'apprécier la pertinence, la qualité et l'efficacité des actes médicaux, dentaires, pharmaceutiques posés dans le centre. Maintenant, le CMDP est responsable de la qualité des actes posés et on ne lui demande plus de se prononcer sur la pertinence et sur l'efficacité. Pourquoi cette modification? Parce que, là, ce n'est pas mineur. Pourquoi?

M. Charlebois: De longs échanges ont porté autour de la notion de qualité, laquelle comprend pertinence et efficacité. Si on regarde, d'ailleurs, il s'écrit beaucoup de choses, à l'heure actuelle,

sur la qualité dans les systèmes de gestion. On parle de qualité totale et c'est vraiment une réalité qui recouvre une foule de dimensions. Alors, pourquoi on n'utilise que le mot "qualité"... D'ailleurs, vous allez remarquer que partout où, auparavant, il y avait "pertinence et efficacité", ça a été enlevé. On n'utilise que ce mot "qualité" pour couvrir la réalité complète qui comprend donc pertinence et efficacité.

M. Chevette: Avez-vous la conviction de ce que vous avancez?

M. Charlebois: Oui, tout à fait.

M. Trudel: Est-ce que c'est partout qu'on ne le conserve pas ou si pour les infirmiers et infirmières on conserve la pertinence, la qualité et l'efficacité?

M. Charlebois: Il y aura les mêmes amendements.

M. Côté (Charlesbourg): Infirmiers et infirmières.

M. Trudel: Parce que ce que vous nous avez déposé, là, ce qu'on a entre les mains...

M. Côté (Charlesbourg): Non, les infirmiers et infirmières, c'est à venir.

M. Charlebois: Il y a des amendements à venir et "qualité" aura le même... Ce ne sera que "qualité" partout.

M. Trudel: Ce que vous voulez m'expliquer, c'est que là, **Gérald Tremblay** est aillé se mêler des négociations et que vous avez pris la qualité totale mais vous avez juste laissé la qualité, ici.

M. Charlebois: Vous voulez qu'on mette "totale"?

M. Trudel: Non. Ce que vous m'expliquez, c'est que, maintenant, le terme "qualité" comprendrait "pertinence et efficacité".

M. Iglesias: C'est le concept de qualité. C'est dans la définition de l'OMS. On pourrait trouver...

M. Chevette: Oui, mais donnez-nous le **Petit Robert**, là...

M. Iglesias: Dans le **Petit Robert**, "qualité"...

M. Chevette: ..."qualité" si ça comprend "pertinence" et, après ça, on va Pouvoir argumenter. Moi, je veux argumenter là-dessus.

Le **Président** (M. Joly): M. le député.

M. Trudel: Parce que ce n'est pas qu'une question de mots. Il y a une réalité qui était couverte par "pertinence et efficacité". Bon. Comment a-t-on réussi à intégrer ou, encore une fois, on peut poser la question autrement: Comment on va s'assurer que les deux réalités qui auraient été couvertes au plan sémantique par le mot "qualité", on va les retrouver effectivement dans les responsabilités? Parce que ce n'est pas mineur, là. La qualité, dans mon livre à moi, je n'ai pas tout suivi le cours de **Gérald Tremblay**, mais dans mon livre à moi, la qualité, ça se rattache à l'acte lui-même lorsqu'il est réalisé.

M. Côté (Charlesbourg): 1-800-461-AIDS.

M. Trudel: C'est ça.

Des voix: Ha, ha, ha!
(17 h 45)

M. Trudel: Moi, tous ceux que j'ai fait appeler, comme entreprises dans mon comté, ils ont tous fait faillite, ça fait que je n'ai plus appelé là.

M. Chevette: On s'est donné une couple de coups de fil là-dessus et ce n'est pas tout à fait ça qu'ils disent.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Le gouvernement devrait s'occuper de ses affaires et aider les PME. Alors, la réalité là, c'est qu'au sens usuel du terme la qualité concerne l'acte qui est posé. Est-ce que ça répond aux règles de l'art prévues par la profession concernée, l'acte professionnel réalisé par le professionnel dans un secteur d'activités...

M. Iglesias: Dans le concept de qualité, il y a une partie qui est la conformité aux normes. Mais ça, c'est une vision parcellaire de la qualité.

M. Trudel: Vous l'avez suivi, le cours de **Gérald Tremblay**, vous.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Mais docteur, vous pouvez m'avoir enlevé l'appendice et c'est bien réussi mais il aurait fallu que vous m'enleviez un bout de côlon parce que c'est un cancer que j'avais...

M. Iglesias: Bien, à ce moment-là...

M. Chevette: ...la pertinence de l'acte...

M. Iglesias: La qualité du traitement que je vous ai donné...

M. Chevette: ...et la qualité de l'acte, ce

n'est pas pareil.

M. Iglesias: ...est zéro. La qualité de l'acte que je vous ai fait, c'est zéro si vous êtes mort avec votre côlon.

M. Chevette: Vous savez très bien que, quand on avait mis "pertinence", la discussion qu'on avait faite, c'était aussi pour qu'on réfléchisse sur le nombre d'actes préventifs qui se font présentement. On avait même fait des suggestions à l'époque pour dire qu'il y avait peut-être 117 000 000 \$ à 125 000 000 \$ à aller chercher, parce que précisément on ne prenait pas fait et cause pour le corps médical au Québec et qu'on laissait ça à l'assurance-risque et que les taux d'assurance ont monté et que si on faisait fait et cause, sauf en cas de faute lourde, on pouvait aller chercher 125 000 000 \$ à 130 000 000 \$. Et le mot "pertinence" précisément... On disait: Si le diagnostic est le moins sûr, tu vas empêcher une série d'actes préventifs exclusivement pour couvrir l'individu. Et ça, ça ne rentre pas dans la qualité. Je m'excuse, là. Ce n'était pas ça, la pédagogie. Vous avez beau être arrivé à un consensus en enlevant des mots... Moi, je comprends les docteurs qui se battent pour ça. Ce n'est pas parce que je ne les comprends pas, mais ne venez pas nous dire que ça veut dire la même chose. Quand même!

M. Iglesias: Écoutez. Je vais vous donner... Parce qu'il y a des langages qui sont employés autres que ça.

M. Chevette: Non, non. Ce qu'on dit, qu'ils aient gagné leur point, ça ne me fait rien, mais qu'on essaie de nous faire gober que ça veut tout dire, non.

M. Iglesias: Bien, écoutez. Lorsqu'un CMDP examine la pertinence... La pertinence, vous voulez dire, le fait d'avoir posé un geste ou un tel autre, de l'avoir posé ou pas. C'est ça que vous voulez dire, hein? On parle, dans la terminologie médicale, d'indication. Y a-t-il indication de faire ci ou y a-t-il indication de faire ça? Et l'examen des indications, c'est une des fonctions qui sont faites couramment par des comités...

M. Chevette: ...d'après vous?

M. Iglesias: Bien, ça rentre dans la qualité.

M. Chevette: Vous savez très bien que, s'il y a des médecins qui n'avaient pas si peur de poursuites et qui sont passablement sûrs de leur diagnostic, et en conscience à part ça, mais comme on ne prend pas fait et cause dans notre système, le gars lui dit: Passe une radiographie et, au cas où, passe-la donc sur le camp, sur le

travers, sur le dos, et la face, pour être sûr que je ne me trompe pas, pour ne pas me faire poursuivre. C'est ça, fondamentalement, qui se produit, vous le savez. Vous avez même des évaluations au ministère, docteur. C'est vous autres mêmes qui nous avez donné les chiffres de 117 000 000 à 120 000 000 d'actes exclusivement préventifs pour fins de non-poursuite médicale. Et ça, vous l'avez dit. C'est vous autres qui nous les avez donnés, ces chiffres-là. Ça, c'est de un, mais de deux aussi, la pertinence d'un acte permet de juger aussi de la qualité professionnelle, et vous le savez. Elle permet de juger la qualité professionnelle. Mais ne dites pas qu'exclusivement l'analyse d'un geste, est-ce qu'il est bien fait ou mal fait... Ce n'est pas la pertinence, c'est de juger s'il est bien ou s'il est mal fait.

M. Iglesias: Actuellement, les CMDP...

M. Chevette: Le dictionnaire, vous pouvez l'étirer, mais ce n'est pas un élastique, ça là.

M. Iglesias: Les CMDP travaillent actuellement sur la qualité et ils se posent des questions continuellement sur les indications. Et les indications rejoignent votre concept de pertinence. Est-il indiqué de faire ci? Est-il indiqué de faire ça? De le faire comme ci, de le faire comme ça? Et ça, ça fait partie de l'évaluation de l'acte. C'est ça. Quand vous dites: Passer une radiographie. Passer une radiographie, ce n'est pas le fait de l'avoir passée ou pas, c'est le fait que, quand vous l'avez fait passer, vous avez irradié votre patient. Vous êtes arrivé à un diagnostic, mais à un prix: une irradiation considérée comme étant un élément de non-qualité. Donc, à ce moment-là, vos radiographies vont peut-être vous amener un certain raffinement de diagnostic, mais une augmentation de la radiation. Et ça, ça fait partie de la qualité du fait d'avoir posé un acte diagnostic. Et c'est intégré dans la pratique.

M. Charlebois: Quand on les lit tous, les uns avec les autres, au 6^e, de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires... Donc, en se penchant sur les règles, les questions de pertinence et d'efficacité sont traitées. La même chose au 9^e, les avis sur l'organisation scientifique et technique.

M. Iglesias: N'oubliez pas que le premier grand principe d'Hippocrate, c'est ne pas nuire. Alors la pertinence d'un geste...

M. Chevette: Hippocrate, oui?

M. Iglesias: Oui, on pourrait remonter jusque-là. Premièrement, ne pas nuire. Alors la pertinence de poser un geste, c'est de ne pas nuire.

M. Trudel: L'impression première, lorsque vous l'aviez inscrit, c'était quoi? Ce n'était pas de faire évaluer par les pairs l'à-propos...

M. Iglesias: L'indication...

M. Trudel: Laissez-moi finir. L'à-propos de réaliser tel acte ou pas.

M. Iglesias: C'est exactement ça. L'indication, c'est l'à-propos de le réaliser. Ce sont des choses qui se font.

M. Chevette: Hippocrate disait ça aussi?

M. Iglesias: Pas rien que ça.

M. Chevette: C'est ça que vous nous aviez dit au mois de mars, avril...

M. Iglesias: L'indication, c'est l'à-propos...

M. Chevette: ...qu'Hippocrate devait se prononcer, y compris sur la pertinence.

M. Iglesias: On appelle ça l'indication de faire quelque chose.

M. Chevette: Là, Hippocrate, il n'est plus là.

M. Côté (Charlesbourg): Il ne faut pas confondre...

M. Chevette: Là on cache, ça devient hypocrite. Dissimule une fonction dans un mot...

M. Iglesias: On pourra vous envoyer des textes où on discute du concept de qualité, dans le contexte de soins et de services de santé. À ce moment-là, la qualité comprend l'élément que vous mentionnez d'appréciation. Ce ne sont pas des textes de nous. Les textes d'éminence... Comment s'appelle...

M. Chevette: Docteur Iglesias, est-ce que je peux vous poser une petite question? Si ça n'avait pas présenté un problème aux médecins... J'aimerais bien ça qu'on ait le Dr Marier assis au bout de la table et je lui poserais la question. Dr. Marier, vous avez fait sauter le mot "pertinence" pourquoi? Il serait obligé de me dire en conscience qu'il ne veut pas juger, commencer à faire le procès de ceux qui utilisent des actes préventifs dans la conjoncture actuelle. Ou bien, il me dirait: Je suis d'accord avec vous. Faites sauter... Prenez fait et cause pour nous autres, on va être beaucoup plus **compréhensifs** sur le jugement à porter sur les actes préventifs. Je suis sûr qu'il répondrait ça. Mais vous autres, vous essayez de nous dire qu'ils n'ont pas "figité" pour que vous l'enleviez, ce mot-là. Vous

ne l'avez pas enlevé pour rien. Pourquoi? Qu'est-ce qu'ils vous ont dit, à la table de négociations - parce qu'on est rendu qu'on négocie nos lois ici - pour que vous l'enleviez? Pourriez-vous nous donner deux, trois arguments que le Dr Marier vous a donnés pour qu'il vous convainque de l'enlever? N'essayez pas de nous prendre pour des valises, dites-nous au moins ce qu'ils vous ont dit. Est-ce que c'est clair? On voudrait être convaincus parce que, actuellement... Vous autres, vous nous aviez convaincus du mot "pertinence", aux mois de mars et avril. Est-ce qu'on va faire lever un autre groupe dans la salle pour dire: **Pourriez-vous** vous battre pour obtenir une autre négociation pour faire réintroduire le mot "pertinence"? Après ça, on va savoir où, on s'en va. Pourquoi? Il est 17 h 55, il vous reste 5 minutes pour me le dire.

M. Charlebois: Au risque de me répéter, essentiellement, la discussion a porté sur la notion: Est-ce que "pertinence et efficacité" sont incluses ou pas dans "qualité".

M. Chevette: La discussion s'est faite juste là-dessus. Vous nous jurez ça, vous.

M. Charlebois: La discussion a porté là-dessus, essentiellement.

M. Iglesias: Ça a été une discussion de grands travaux scientifiques.

M. Chevette: Vous aviez de grandes discussions intellectuelles, jésuitiques, en négociation...

M. Iglesias: Dominicaines.

M. Chevette: ...cet été: enlever le mot "pertinence" dans un article. Voyons! C'est la seule chose qui s'est discutée à la table.

M. Charlebois: Écoutez, ce que vous soulevez par "pertinence": Est-il opportun ou pas de poser tel acte? Effectivement, c'est pour ça que c'était dans le premier projet, c'est pour ça qu'on l'avait introduit, le débat s'est fait autour de ce que le Dr Iglesias vient de vous signaler: Est-ce indiqué ou pas? Si c'est "indiqué ou pas", donc, la notion de pertinence apparaît dans la qualité. Au fond, notre discussion a été autour de ça.

M. Chevette: Donc, vous avez dit: On va vous laisser gagner parce que c'est compris dedans. C'est ça?

M. Iglesias: On a dit: On va retirer ça parce que le législateur doit être précis, concis et avare de mots.

M. Chevette: Ah peste!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Je vous écoute parler depuis tantôt et vos explications sont évasives, non concises et non claires.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Iglesias: Alors, pour le mot "qualité", on a cité des textes où c'était vraiment inclus: la qualité comprend la pertinence et l'efficacité. Ça comprend également...

M. Chevette: Où est-ce qu'ils sont, vos textes? Déposez-les donc! Vous passez votre temps à vous référer à des textes, déposez-les.

M. Iglesias: On pourra apporter la définition de... On les a au bureau, on pourra vous les amener.

M. Chevette: Peut-on suspendre l'article pour les voir, vos textes? On ne se fera pas avoir, là. Vous ne nous endormirez pas, là, quand même.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. La discussion peut continuer. Évidemment, il est 17 h 55, il nous reste 5 minutes de discussion avant 18 heures.

M. Chevette: Mais avant d'adopter ça, nous autres, on a besoin de savoir.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, je n'ai pas souhaité que l'article soit... On n'est pas très avares sur le temps qu'on a.

M. Chevette: Non.

M. Côté (Charlesbourg): On n'est pas pressés.

M. Chevette: Nous autres non plus.

M. Côté (Charlesbourg): On n'est pas pressés. Alors, à partir de ce moment-là, est-ce qu'il y a d'autres éléments, dans cet article, qui vous chatouillent?

M. Chevette: C'est un gros, ça.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Iglesias: Celui-là, on va vous le clarifier pour un test scientifique.

M. Chevette: Pardon?

M. Iglesias: Vous allez voir le texte, on va vous l'apporter après le souper.

M. Chevette: Il est clair, concis.

Une voix: Avare de mots.

sias.

M. Chevette: Il est plus explicite que vos explications.

M. Côté (Charlesbourg): C'est un texte explicatif, donc il va être plus long un peu.

M. Trudel: ...il y avait un comité de pairs pour l'évaluer.

M. Chevette: C'est Hippocrate qui a écrit ça?

M. Iglesias: Sur une grosse tablette!

M. Trudel: Parce que publier est une chose, publier dans une revue scientifique...

M. Iglesias: Non, c'est une autorité reconnue, ça, quand même, ce n'est pas quelqu'un qui a réfléchi sur le concept de qualité.

M. Trudel: Non, non, mais sérieusement...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: ...c'est ce que je dis, parce qu'il y a là aussi... ça nous ramène sur ce terrain-là ici. Il y a là aussi, au niveau scientifique, des critères sur la reconnaissance, il faut que ce soit dans un comité où il y a des pairs, que ça ait été reconnu dans une revue scientifique par le comité de lecture.

M. Chevette: ...qu'en négociation, pour reprendre les propos de M. Dublois, quand on négocie...

M. Iglesias: Charlebois.

M. Chevette: Charlebois, excusez. Quand on négocie, si un mot ne nous fatigue pas, s'il veut dire la même chose, je m'excuse, on ne se bat pas pendant deux heures ou trois heures à une table de négociations pour le faire sauter. Correct? Si on le fait sauter, c'est parce qu'on a des raisons de le faire sauter. Si on accepte de le faire sauter, c'est parce qu'on a des raisons d'accepter de le faire sauter, ou bien parce qu'on est convaincu par l'autre du bien-fondé de ses arguments ou bien c'est une entourloupette en disant: De toute façon, avec la jurisprudence qui s'est dégagée, je vais pouvoir les "repoigner". Ça, ça peut être des tours de fin finaud à une table de négociations.

Mais au niveau d'une table de législateurs, quand on vous pose les motifs et qu'on nous répond juste ça, je m'excuse, mais... On a parlé à des médecins, nous autres aussi, avant de venir ici, imaginez-vous. On sait ce qu'ils vous ont dit à la table là-dessus. Correct? Ce n'est pas ce que vous nous dites, M. Charlebois et M. Igle-

M. Iglesias: Regardez, il peut y avoir une autre hypothèse: que la discussion nous a amenés à une meilleure formulation.

M. Chevette: Ça, voyez-vous, c'est une avalanche de mots qui n'éclaircit pas la discussion. C'est un exemple que le législateur n'utilise pas d'habitude. Là, je suis en maudit, je suis aussi bien d'arrêter.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, il est 18 heures.

Le Président (M. Joly): Alors, compte tenu de l'heure...

M. Trudel: Juste... Dans le cas des conseils d'administration, on leur demandait non pas d'avoir une gestion de qualité, mais d'avoir une gestion efficace et efficace. On reviendra avec ça tantôt.

Le Président (M. Joly): Alors, compte tenu de l'heure, nous suspendons nos travaux jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 17 h 58)

(Reprise à 20 h 21)

Le Président (M. Joly): La commission reprend ses travaux. Nous en étions, Mme la secrétaire, à l'article 154. On me souligne une petite erreur dans l'écriture où, à l'item no 4, on parle des compétences, alors qu'on aurait dû faire référence à "la compétence".

M. Trudel: Comme au paragraphe 3.

Le Président (M. Joly): Comme au paragraphe 3. L'article 154 sur lequel nous étions...

M. Trudel: ...sur lequel on travaille.

Le Président (M. Joly): O.K. Ça ne crée pas de problème. Donc l'article 154 est toujours tablé.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce qu'il vous parle de son livre, là?

Une voix: Pardon?

Une voix: Est-ce qu'on parle de qualité ou si...

M. Chevette: Le livre que M. Lamarche vous a apporté.

M. Iglesias: Oui, oui. Ils n'ont pas parié de

qualité.

M. Chevette: L'article qu'il vous a trouvé.

M. Iglesias: C'est parce qu'on était rendu à expliquer quel était le concept qui nous avait amenés à décrire le...

M. Chevette: Oui, on a réfléchi à ça nous autres aussi. Pouvez-vous nous lire vos articles? On apprécierait beaucoup que vous nous fassiez photocopier ces textes-là. Mais pour s'assurer qu'on dit bien la même chose, nous allons proposer un amendement.

M. Côté (Charlesbourg): Le souper portant conseil.

M. Chevette: À l'article 154, paragraphe 1. L'amendement à l'article 154 est sous-amendé par l'ajout dans le premier paragraphe du premier alinéa, après le mot "qualité", des mots "dont notamment la pertinence et l'efficacité".

Puisque ça le comprend, ça ne sera pas un problème à être accepté.

M. Iglesias: On peut quand même vous expliquer la problématique qu'il y a à décrire efficacité et pertinence de façon à...

M. Chevette: Ça le comprend.

M. Iglesias: Oui, ça l'implique, mais je vais vous donner dans quel concept. La problématique, c'est que l'art de la médecine, c'est de garantir les moyens. La médecine n'a jamais à garantir les résultats, sauf dans certaines branches pour la chirurgie plastique. Quand vous parlez de pertinence, vous parlez de pertinence par rapport à l'atteinte d'un objectif et l'efficacité également par rapport à l'atteinte d'un résultat. Alors, on va être dans une situation difficile de juger...

M. Chevette: Oui, mais vous m'avez dit que c'était si simple, que le mot "qualité" comprenait tout ça et qu'il n'y avait pas de problème.

M. Iglesias: C'est parce que la qualité dans ce sens-là, ça comprend la notion d'un acte qui doit être posé chez un patient, dont l'indication, et, ensuite de ça, la façon la meilleure de le faire, la façon techniquement de le faire le mieux avec la plus grande compétence. Mais la notion d'efficacité est assez difficile à débattre en médecine, isolée comme telle.

M. Chevette: Franchement, docteur! Franchement! Avant le souper...

M. Iglesias: Non, mais je vous dis ça pour éclairer le débat.

M. Chevette: Oui, je sais, vous avez dit ça

comme ça et ça... Mais moi aussi, je voulais vous dire ça comme ça, vous savez. Avant le souper, c'était fantastique. "Qualité" comprenait "pertinence et efficacité". C'était tout ça que vous aviez tellement compris, les docs, que vous aviez enlevé tout ça et que vous aviez laissé "qualité".

Donc, je prends votre parole. Je vous dis "qualité", bravo! Mais, parce qu'on veut avoir une dimension pédagogique - c'était ça, l'objectif, rappelez-vous, M. le ministre - sur la pertinence en particulier et sur l'efficacité, on dit notamment, à partir de ce que ça comprenait dans votre petit dictionnaire... Vous vous promenez, tout le monde, avec votre petit dictionnaire **Robert**, à votre souper. On vous le met et vous dites: Ah! là, c'est bien plus compliqué. Dites-le donc que c'est parce que c'est un "deal" ou, on appelle ça un compromis et vous n'avez plus le droit de bouger. C'est ça? **Dites-nous-le**, on va arrêter de vous torturer. Mais, fondamentalement, on est ici pour améliorer les choses, puis vous n'êtes pas trop compréhensifs. Au contraire, vous essayez de nous mêler. Ça le comprend. Quand on dit que ça le comprend, ça ne le comprend plus. Faites attention. Ça ne se comprend plus.

M. Côté (Charlesbourg): Mais l'affirmation "pas trop compréhensifs", c'est en regard de l'article 154.

M. Chevette: Ha, ha, ha! 154? J'ai pris exactement le...

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, non. Bien, je veux comprendre la portée de ce que vous dites, qu'on n'est pas très compréhensifs. C'est en regard de l'article 154. Dans le reste, on est assez compréhensifs sur certains arguments.

M. Chevette: Oui. D'ailleurs, je pense que je vais vous poser les questions.

M. Côté (Charlesbourg): Je ne suis pas sûr que vous allez avoir la même qualité de réponse. J'ai des champs d'intérêt, moi aussi.

M. Chevette: Je ne suis pas certain, mais je suis sûr qu'il va y avoir moins de patinage. Bon, en tout cas, je vais y aller d'abord directement à vous. La qualité. Vous nous avez dit, avant le souper... Bien, je vais m'adresser au ministre. S'il veut faire répondre le doc, il fera répondre le doc. Vous avez dit que ça comprenait notamment la pertinence, l'efficacité et c'était englobant. Est-ce que l'objectif que vous aviez en mai et en juin concernant la pertinence et l'efficacité, vous l'avez toujours?

M. Côté (Charlesbourg): Si je l'ai toujours...

M. Chevette: Toujours, l'objectif de vérifier la pertinence et l'efficacité?

M. Côté (Charlesbourg): Effectivement, on l'a toujours eu, y compris au mois de juin.

M. Chevette: Vous l'avez encore ce soir.

M. Côté (Charlesbourg): C'est toujours un objectif à atteindre.

M. Chevette: En quoi l'amendement que nous proposons ne clarifie-t-il pas l'objectif de juin et l'objectif de cet après-midi?

M. Côté (Charlesbourg): On va y aller directement là, j'ai bien dit que nous l'avions comme objectif au mois de juin, qu'on l'a toujours. Effectivement, il y a eu un certain nombre d'échanges avec la profession médicale au cours de l'été. Et certains de ces échanges ne doivent pas être vus isolément. Il faut bien se comprendre.

M. Chevette:...

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, je vais juste finir. Non, non.

M. Chevette: Juste une minute.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Il y a une problématique de manière globale qui a été évoquée pour un certain nombre de choses et globalement, effectivement, l'un des principes assez importants de la réforme était de viser l'efficacité et l'efficacé. Vous aviez raison, sauf que ça n'a peut-être pas été imputé à la bonne personne d'évoquer un certain nombre... En vous écoutant, cet après-midi, ça me rappelait certains échanges que nous avons eus en commission parlementaire, en particulier avec M. Levine sur un certain nombre de gestes posés, où il y avait des économies appréciables que nous pouvions avoir au niveau du système et ça interpellait, à ce moment-là, pertinence, efficacité, ainsi de suite.

Alors que ç'a été imputé au ministère, je pense que c'est davantage dans le cadre des échanges que nous avons eus à l'époque avec M. Levine qui est un directeur général. Il y a donc des échanges qui ont été faits et qui sont faits dans cet esprit-là de toujours en arriver et de tenter d'en arriver à ce que pertinence et qualité soient là, bien sûr. Ça fait toujours partie des objectifs. Évidemment, il y a des problématiques qu'on a vécues qui sont davantage connues par les officiers supérieurs du ministère, dont le Dr. Iglesias et M. Charlebois qui ont été à la table au cours de l'été et qui ont eu un certain nombre d'échanges. Ces grandes notions que tentait de vous expliquer le Dr. Iglesias, à partir d'un document qui a été évoqué avant le souper, sont toujours là. Selon une certaine thèse et, **semble-t-il**, selon certains individus qui ont une bonne réputation sur le plan international à ce

niveau-là, ça demeure des objectifs du gouvernement et du ministère.

M. Chevette: Moi, M. le Président, je veux juste ajouter une couple de phrases. Si le "deal" empêche toute discussion cohérente, logique, intelligente, c'est fausser le processus législatif, je m'excuse. On n'est pas, en commission parlementaire, ici, les législateurs, pour négocier des lois; on est là pour bâtir des lois. Et si on a de l'argumentation qui fait en sorte que, parce qu'il y a eu des lois de négociées, on ne peut pas avoir même une discussion logique et cohérente, on n'a rien à faire ici. C'est ça que je veux dire. Ce n'est pas parce que je ne me réjouis pas qu'il y ait du monde qui a adhéré à la réforme; ce n'est pas parce que je veux condamner qu'il n'y ait pas eu de discussions, mais ce n'est pas un processus législatif normal qu'on traverse là.

Je m'excuse, avec tout le respect que j'ai pour les gens et toute la sympathie que je pourrais avoir pour des demandes, c'est tout à fait aberrant que, dans un Parlement, en commission parlementaire, on soit soumis à avoir comme argument que ça a fait l'objet de "deals" et qu'on ne peut plus changer quelque chose.

M. Côté (Charlesbourg): Non.

M. Chevette: Je m'excuse, ce n'est pas le Parlement, ça. Ce n'est pas l'esprit du parlementarisme; ce n'est pas le processus régulier du parlementarisme. Quant à moi, si c'était ça que je devais avoir à chaque réponse, jusqu'à la fin des amendements, c'est bien simple, je monterais à mon bureau et je dirais: Faites voter votre "deal", mais dorénavant, ne convoquez pas le Parlement pour qu'on puisse véritablement faire une discussion de fond sur les articles.

Vous pourriez avoir ou non un compromis sur le mot "pertinence", il se pourrait que le législateur, au-delà d'un compromis, puisse juger de l'importance et de la pertinence, précisément, d'ajouter une terminologie qui indique des volontés politiques claires, fermes, sans équivoque. Moi, personnellement, je suis très très heureux que vous soyez arrivés à une entente avec les médecins. "C'est-u" clair, là?

Je le dis, sauf que ce n'est pas vrai qu'on va nous servir l'argument que, parce qu'il y a eu une négociation sur un système, un projet de loi législatif... Je m'excuse, l'orientation politique se donne par un gouvernement, la discussion article par article se discute en commission parlementaire et le résultat, il se vote à l'Assemblée nationale. C'est de même que ça marche, un processus législatif, pas autrement.

Le Président (M. Joly): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, je partage presque entièrement l'opinion émise par le député de Joliette. On se rappellera qu'au mois

de juin à peu près tous les parlementaires souhaitaient qu'effectivement il y ait des échanges qui aboutissent à une entente avec les médecins. Vous relirez nos propos échangés, par vous et par nous, à cette commission parlementaire là sur le fait que les parlementaires ne se sentiraient pas liés - c'est clair, c'est ce qui avait été dit - par le résultat d'échanges de conclusions de négociations.

À la réunion du 17 juin, à la première réunion, j'ai informé le regroupement des médecins que ce serait une démarche faite de bonne foi avec eux pour tenter d'en arriver à une entente, bien sûr, mais que le tout était soumis au processus parlementaire et que les parlementaires étaient ultimement les décideurs de ce qui allait être inclus à l'intérieur de la loi ou pas. Donc, la démarche, à ce niveau-là, a toujours été très claire. La démarche a toujours été très très claire et il n'y a pas d'équivoque à ce niveau-là.

Il n'est pas dans mon intention, de ce côté-ci, de fournir la réponse; ça a été négocié. Je l'ai dit en début de commission, hier matin - vous n'étiez pas là - il y a quand même, au niveau du ministre, un certain lien moral à défendre un certain nombre de choses si on fait l'objet d'une entente. Les parlementaires sont, bien sûr, bien libres de voter pour ou de voter contre ou de tenter d'apporter des amendements et de discuter à l'intérieur de tout ça. Et, c'est ça que nous faisons.

Je pense que les questions qui sont posées sont de nature à éclairer un certain nombre de choses et, je l'avoue franchement, ce sont de maudites bonnes questions qu'il faut continuer de poser pour tenter d'éclairer le processus et voir ultimement ce qu'on pourra faire. Donc, le 154, on vient de l'aborder, ça fait à peu près 15 ou 20 minutes, avec des questions qui sont bonnes. Je pense qu'il faut continuer dans ce sens-là pour tenter d'avoir le plus d'éclairage possible, et les parlementaires sont toujours libres de décider ce qu'ils veulent par la suite.

M. Chevette: La réponse qui a été donnée à ma question, ça a été la suivante: Nous avons eu des discussions dans un contexte global...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui.

M. Chevette: ...en voulant dire: N'essaie pas de nous faire changer d'idée. Ne propose pas d'amendement, notre lit est fait.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Absolument pas.

M. Chevette: Si c'est ça, écoutez...

M. Côté (Charlesbourg): C'est...

M. Chevette: ...votez-le tout de suite et on ne perdra pas de temps.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. C'est moi qui ai répondu ça. Je sais ce que j'ai répondu.

M. Chevette: C'est ça que vous m'avez répondu.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Il ne faut pas que celui qui a de l'expérience en négociation, le député de Joliette, donne une portée autre à mes propos que ce que j'ai dit. Quand même que je vous aurais dit qu'il n'y a pas eu de négociations au cours de l'été, et d'échanges! il y a eu des échanges au cours de l'été sur un certain nombre de sujets, bien sûr, dont ceux-là, qui ont des portées diverses. C'est vrai que, pris isolément dans chacune des mesures, il y en a qui font partie du global. Donc, à partir de ce moment-là, on est là pour en discuter et, effectivement, les gens qui étaient à la table de notre côté sont des gens, quand même, d'expérience au niveau de la négociation, mais aussi au niveau de la pratique au niveau des établissements.

Ça m'apparaît extrêmement important de tenter de voir, effectivement, jusqu'où on peut aller et de tenter d'expliquer un certain nombre de choses sur le plan de la qualité. Donc, c'est ce qu'on avait tenté de faire. Le processus est très habile et parfaitement réglementaire de proposer des amendements. Évidemment, il faut en discuter un petit peu.

Le Président (M. Joly): M. le député de Joliette? M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Si mes collègues d'en face... Je vais peut-être laisser quelques minutes au Dr. Iglesias pour tenter de mettre un petit peu de chair après notre os. On verra par la suite ce qu'il est possible de retenir ou de ne pas retenir à partir des principes qu'il nous énonce, et on tentera de faire une démonstration, au minimum. C'est ça, le principe de nos échanges en commission parlementaire. On conclura après et vous conclurez après. Je pense qu'il faut, dans un premier temps, à tout le moins, donner le temps au Dr. Iglesias de donner une explication, que je veux la plus brève possible, parce que, semble-t-il, quand c'est plus concis, c'est encore bien plus clair.

M. Iglesias:...

M. Côté (Charlesbourg): Et, à partir de ce moment-là, on verra où il est possible de faire des choses et où ça n'est pas possible. Ça fera la démonstration que, peut-être, on peut bouger comme parlementaires. C'est notre rôle.

M. Iglesias: Je vais essayer d'être vrai-ment... en deux minutes. L'argumentation, ici, pour parler uniquement de qualité, elle est double. Il y en a une qui est vraiment, pratique-

ment, difficile à garder, c'est-à-dire à retenir, et l'autre, c'est une question plutôt de quasi sémantique, de vocabulaire, de compréhension, de façon de voir les choses. Je vais commencer par celle qui semble la plus dure, c'est celle de l'efficacité.

Le concept d'efficacité. Pour évaluer, contrôler et apprécier l'efficacité, dans la pratique médicale, on ne se pose pas cette question-là, de l'efficacité comme telle, absolue, qui est le résultat. On parle plutôt des moyens, de la qualité des moyens qui sont mis en marche pour essayer de faire quelque chose. Et mettre ça là, ça serait vraiment quelque chose qui n'est pas dans la ligne, actuellement, de la pratique médicale. Sinon, à ce moment-là, le médecin est tenu non seulement de mettre en marche les meilleurs moyens, les plus à la pointe de l'art et les mieux appliqués, mais serait obligé, tenu à une question de résultats. Et, s'il y avait un dommage, ça serait que le médecin n'a pas obtenu le résultat alors que tout le monde regarde ça en fonction des moyens. Ça, c'est pour la question de l'efficacité. La question de la pertinence...

M. Chevette: Juste 30 secondes, sur l'efficacité. C'est sans doute pour ça, parce que c'est très difficile, que vous demandez d'évaluer la compétence, et que c'est un point nouveau, au point 2° de l'article 154. Vous pouvez continuer.

M. Iglesias: La compétence, c'est différent, mais l'efficacité, écoutez, c'est une question... Vous pourrez avoir vos consultations. L'efficacité d'un médecin, c'est mesuré par les moyens qu'il met en marche pour soigner son malade. En ce qui a trait à la pertinence, elle s'appelle de différentes façons. En médecine, on parle des indications; je l'ai dit tantôt. Donc, c'est la mise en route des moyens, compte tenu de l'état d'un patient, compte tenu de sa maladie, compte tenu de la globalité de l'individu et de son environnement.

Dans nos discussions, le mot "pertinence" a été vu comme une redondance de "qualité". Mais il n'y a rien, au point de vue idéologique ou fondamental, qui s'oppose à ce qu'on mette "pertinence" et "qualité". Alors, c'est ça. C'est vraiment pour une question de concision qu'on l'a mis là. C'est très différent au point de vue de l'efficacité parce que, au point de vue de l'efficacité, on entre vraiment dans quelque chose de beaucoup plus philosophique et, plus que philosophique, beaucoup plus structurel dans la pratique de la médecine. Alors, c'est un petit peu les discussions qui ont eu lieu.

Ce sont des choses qui ont été faites non pas pour protéger quelque chose, mais qui reflètent la réalité des choses. Lorsqu'on parle de qualité, nous pensons que le mot "indication"... Un acte de qualité, c'est un acte qui est

indiqué, compte tenu des circonstances et de l'état du patient. Pour essayer d'amener la préoccupation de considération d'efficacité et les implications monétaires, vous avez vu qu'on a mis un article au niveau du DSP, lui donnant le mandat de consulter les chefs de département sur les implications financières de l'activité des médecins dans les départements; on l'a vu tantôt. Alors, on avait cette préoccupation-là, on l'a mise à ce niveau-là.

Donc, c'est vraiment le cadre de discussion qui a eu lieu. C'est "pertinence" incluse dans "qualité"; "efficacité", c'est une autre... On ne parlait pas d'efficacité, on parlait d'efficacité. La notion d'efficacité, on la retrouve au niveau du DSP. Naturellement, il y avait toutes les autres dimensions. Il y avait aussi l'autre dimension qui était dans la discussion, c'est que si on nommait deux éléments, un niveau de pertinence et de qualité, ça voulait dire, à ce moment-là, qu'on décortiquait, "qualité" étant uniquement, comme les normes professionnelles et qu'à ce moment-là on ne parlait pas d'accessibilité, on ne parlait pas de comportement, on ne parlait pas de quelque chose comme ça. C'est ça qui est le cadre de discussion.

Maintenant, je vous donne également les balises qui semblent être acceptables.

M. Chevette: Est-ce qu'on peut avoir, en médecine, un acte de qualité sans qu'il soit pertinent?

M. Iglesias: Non. Vous pouvez poser la question à la corporation professionnelle - elle est en arrière - en médecine, un acte de qualité n'est pas pertinent. On peut avoir un acte techniquement bien fait...

M. Chevette: Quand vous arrivez à analyser la qualité d'un acte, c'est l'acte posé?

M. Iglesias: C'est l'acte posé, mais il n'est pas posé dans le vide, là.

M. Chevette: Est-ce qu'il peut être impertinent par rapport au bénéficiaire?

M. Iglesias: C'est sûr.

M. Chevette: Bon!

M. Iglesias: Vous l'avez dit...

M. Chevette: Est-ce qu'il peut, maintenant, être inefficace par rapport au bénéficiaire aussi, tout en étant un acte de qualité qui est posé?

M. Iglesias: Tout en étant un acte pertinent, il peut être inefficace.

M. Chevette: Est-ce qu'il peut être inefficace...

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette:... et impertinent?

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette: Oui. C'est ça qu'on vous dit. Donc, s'il peut être impertinent...

M. Iglesias: Non, non, écoutez là, ce n'est pas...

M. Chevette:... et s'il peut être inefficace, tout ce qu'on vous dit, c'est que la qualité, le geste posé peut être d'une qualité... Le geste posé peut être d'une qualité extraordinaire, mais il est non pertinent et il est non efficace.

M. Iglesias: M. Chevette...

M. Chevette: N'essayez pas de nous dire que ce n'est pas possible, c'est...

M. Iglesias: Je n'ai pas dit ça, j'ai dit...

M. Chevette: Je vais vous donner un exemple. Si vous me coupez l'appendice et que c'est le côlon qui est malade...

M. Iglesias: Je ne vous ai...

M. Chevette:... vous avez une excellente opération de mon appendice...

M. Iglesias: M. Chevette...

M. Chevette:... sauf que c'est tout à fait impertinent, c'est le cancer du bout du côlon que j'ai.

M. Iglesias:... je n'ai pas dit que vous pourriez avoir un acte inefficace, de qualité et pertinent; j'ai dit que vous pourriez avoir un acte pertinent, de qualité...

M. Chevette: Vous avez dit que les deux pouvaient être possibles.

M. Iglesias:... et inefficace.

M. Chevette: Ça peut être impertinent et inefficace; ça peut être pertinent et inefficace aussi.

M. Iglesias: Écoutez, si j'ai dit ça...

M. Chevette: Ça, je comprends ça, mais ce que je vous dis, c'est que le geste posé...

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette:... l'analyse de l'acte posé peut être très efficace.

M. Iglesias: C'est parce que là, vous avez une approche réductionniste de l'acte médical. L'acte médical n'est pas seulement la composante technique d'un acte. Là, vous semblez identifier... Le problème que vous avez, c'est que vous identifiez l'acte avec le geste technique. L'acte médical est autre chose que le geste technique. Le geste technique peut être d'une qualité parfaite, mais il n'est pas de qualité comme acte médical. C'est très différent. Votre exemple est très bon. Vous dites: Je fais une appendicectomie selon les plus grandes règles de l'art, mais ça n'a rien à voir; le patient, c'est un de ses reins qui était atteint. J'ai enlevé l'appendice et c'était le rein, alors ce n'est pas un acte de qualité, ça. Vous avez fait un geste technique, qui est une composante de l'acte médical, qui est de qualité.

Mme Carrier-Perreault: Une intervention de qualité.
(20 h 45)

M. Chevette: L'opération a été un succès réel; malheureusement, le patient est décédé.

M. Iglesias: À peu près. Ce n'est pas tout à fait ça, mais c'est à peu près ça. Écoutez, il faut... Je pense que vous avez une vision de l'acte médical qui est seulement l'acte technique, qui est seulement la composante d'une technique. C'est comme si vous mettiez un plâtre de la meilleure façon possible, mais vous le mettez à la mauvaise jambe.

M. Chevette: Est-ce que vous êtes d'accord pour définir "qualité" dans le chapitre des définitions de thèmes?

Mme Carrier-Perreault: Service de qualité, dans le premier...

M. Chevette: Dans ce cas-là?

M. Iglesias: Dans le?

M. Chevette: êtes-vous prêt à définir ce que vous entendez par soins de qualité?

Mme Carrier-Perreault: Service de qualité.

M. Chevette: Service.

M. Iglesias: Un service de qualité, écoutez, c'est ça. C'est tellement large qu'on a préféré laisser le mot "qualité" parce que le mot "qualité" peut comprendre l'accessibilité, la globalité des services; ça peut comprendre la compétence professionnelle, ça peut comprendre l'acceptation du geste par le patient; ça peut comprendre également le suivi. Ça peut comprendre tout ça, le mot "qualité". Le mot "qualité" n'est pas seulement une conformité avec des normes d'un geste technique.

Si vous voyez l'acte professionnel comme étant uniquement des normes d'un geste technique, à ce moment-là, je pense que vous avez raison. Alors, je vous ai donné les deux positions. On pensait que le mot "qualité" comprenait plus qu'une énumération de "pertinence" et de "qualité". On pensait que "pertinence" était incluse dedans, mais il y avait plus que ça au mot "qualité". O.K.? Par contre, vous...

M. Chevette: S'il y a plus que ça, qu'est-ce qui vous empêche de mettre, notamment, qu'ils ne sont...

M. Iglesias: La pertinence.

M. Chevette: ...que des indicatifs au point de vue pédagogique même?

M. Iglesias: Oui, mais je vous le dis, je vous dis que si on ajoute "notamment au point de vue pédagogique"... "pertinence", on ne vient rien casser, mais si on ajoute "efficacité", là, on va au-delà de ce qu'un médecin peut faire. Alors...

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends que le Dr Iglesias dit, c'est que "notamment la pertinence" serait, à ce moment-ci, acceptable comme amendement, mais ajouter "efficacité" ne serait pas acceptable. C'est, en termes clairs, ce que j'ai compris...

Une voix: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): ...de tous vos échanges de grands savants, parce que, moi, j'écoute. Ce que j'ai pu déduire, c'est qu'effectivement...

M. Chevette: Vous n'avez pas expliqué ça cet été, là?

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Trudel: Oui, que diable! Il aurait pu nous expliquer ça l'année passée, hein?

M. Côté (Charlesbourg): L'année passée?

M. Trudel: Quand vous avez préparé le projet de loi, il aurait pu nous expliquer ça; il était au ministère.

M. Côté (Charlesbourg): Ah!

M. Chevette: Parce qu'il était tellement bon en explications que le mot "pertinence" existait dans tout le projet et là, il n'existe plus.

M. Côté (Charlesbourg): Non. Il y a "pertinence", en termes clairs, et "pertinence", il serait, à ce moment-ci, acceptable de l'accepter,

de l'inclure comme amendement; sur le plan de l'efficacité, beaucoup moins. Par contre, à 6°, il y a des notions d'efficience. Donc, faire des recommandations sur des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre, c'est une question d'efficience, donc...

Une voix: ...et de pertinence.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, et je pense qu'à ce moment-là on rejoint quand même l'un des éléments que vous tentez de rejoindre sur l'utilisation efficiente des ressources. Au niveau des établissements, c'est un peu aussi ce qui était recherché. Donc, quant à moi, je serais prêt à accepter l'amendement au niveau de la pertinence. Ça me paraît être... Ça ne sera pas la première indication que l'on donne à l'intérieur du projet de loi. Elle pourrait être pertinente comme indication.

Le Président (M. Joly): C'est tout sur 154?

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Je pense que dans la mesure où...

M. Chevette: Disons qu'on va reprendre la dimension efficacité. Compte tenu des discussions qu'on vient d'avoir, on va vous suggérer autre chose au point 6° et on va retirer le mot "efficacité" dans le sous-amendement qu'on a fait, pour garder le mot "pertinence". Je reviendrai avec un amendement au point 6°.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, on rédigera un amendement pour l'ensemble de l'article discuté. Ce sera le même...

M. Chevette: Ah! O.K. Donc, je vais vous en parler tout de suite.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, ce qu'on comprend, c'est que ce serait "de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence des actes médicaux et dentaires."

M. Chevette: Oui. Ça m'irait comme formulation. Et au point 6°, "de faire des recommandations, en vue d'améliorer l'efficacité, sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation." Ou encore, il pourrait aller à deux places. Ça pourrait être à "applicables... Après "applicables", ce serait "en vue d'améliorer l'efficacité." On le rattacherait au pouvoir de recommandation en vue d'améliorer... Une plus grande efficacité, une plus grande efficience.

M. Iglesias: "Efficience", c'est un mot qui est différent de "efficacité".

M. Chevette: Oui, mais nous autres... Oui,

au salon rouge, on a eu un cours là-dessus.

Une voix: Vous avez eu un cours là-dessus?

M. Trudel: Un petit bout de vous, puis on nous a donné un grand cours après. Vous, vous nous avez donné un grand cours et l'autre petit bout.

Une voix: Efficacité et efficience, c'est deux choses.

Une voix: Très différentes.

M. Trudel: Bien, c'est que l'efficience comprend l'utilisation des ressources humaines.

M. Chevette: Une recommandation qui vise à améliorer l'efficacité. Moi, je voyais "efficacité".

M. Chariebois: L'efficacité, tu atteins ton but. L'efficience, tu va l'atteindre plus rapidement, avec une économie de moyens. Dans les deux cas, le but est atteint. Dans le premier cas, "efficience", c'est ce que ça veut dire.

M. Chevette: Bien, proposez-le si vous jugez que c'est le terme le plus juste. Vous avez l'air d'être très précis. Vous étiez très précis en mai. Vous ne l'êtes plus en août, Là, vous l'êtes en septembre. Vous revenez.

M. Côté (Charlesbourg): Non. C'est parce qu'on est très heureux.

M. Chevette: Seigneur, Seigneur!

M. Côté (Charlesbourg): C'est parce qu'on est très heureux. Vous nous aidez à bonifier et à être plus précis.

M. Chevette:... recourir à ce que vous aviez antérieurement, mon cher notaire. C'était très important.

M. Côté (Charlesbourg): Vous en voulez toujours à mon notaire?

M. Chevette: Non, je ne parle plus du même.

M. Côté (Charlesbourg): Ah, bon! O. K. Est-ce que... Le but recherché est effectivement de trouver, de faire en sorte qu'il y ait l'utilisation des ressources avec efficience, avec efficacité.

M. Chevette: C'est dans un pouvoir de recommandation, ici...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais...

M. Chevette:... et non pas nécessairement

dans un pouvoir d'évaluation.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

M. Chevette: C'est au niveau du pouvoir de recommandation qu'on le met parce qu'on s'est expliqués tantôt en disant: Le jugement des pairs. C'est pour ça que j'ai accepté de retirer le mot "efficacité" au niveau du point 1°, parce que je considérais que si on laisse le jugement aux pairs on leur donne l'opportunité, par exemple, d'améliorer le système en proposant.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que, dans l'avant-dernier alinéa de l'article 154...

M. Chevette: L'avant-dernier alinéa?

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Où il y a une préoccupation, là, qui se lit comme suit.

M. Chevette: Dans l'exercice de ses fonctions?

M. Côté (Charlesbourg): Oui. "Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement." Est-ce que ce ne serait pas l'endroit tout désigné pour parler d'efficacité et d'efficience, à ce moment-là?

M. Chevette: Moi, je prétends que - je peux me tromper, là - il y a beaucoup de médecins qui nous rencontrent bien souvent et qui nous donnent un paquet de recettes. Bien souvent, ils sont pris individuellement, mais ils ne sont pas nécessairement des membres d'un CMDP. Moi, je voyais ici qu'il y a des consultations, il y a des possibilités de faire des recommandations pour améliorer globalement le système. Pas nécessairement... C'est à cause de ça. Si vous jugez que ça arrivera aux mêmes fins, moi, je prétends que...

M. Côté (Charlesbourg): O. K. On va le rédiger. On pourrait peut-être le suspendre, tout simplement.

M. Chevette: L'avant-dernier paragraphe?

M. Côté (Charlesbourg): Oui. On va le suspendre et on l'adoptera tantôt, le temps de l'écrire, là. M. le Président, il faut suspendre, le temps d'écrire.

Le Président (M. Joly): Alors, nous suspendons l'article 154. L'étude de l'amendement à l'article 154, qui devient l'article comme tel.

M. Côté (Charlesbourg): 154. On peut

continuer?

M. Trudel: On continue 154.

Le Président (M. Joly): Vous voulez continuer? Je n'ai pas d'objection.

M. Trudel: Comme on l'a dit tantôt, on le fera tout en même temps. C'est des amendements.

Le Président (M. Joly): On peut continuer sur ce qui peut vous intéresser. C'est ça. (21 heures)

M. Trudel: En tout cas, un petit peu sur 2°. Ça, c'est nouveau "d'évaluer la compétence des médecins" parce que, avant ça, c'était simplement "de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre." Alors, maintenant, on leur fait l'obligation de les évaluer. Évidemment, les instruments de l'évaluation appartiennent au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement. Est-ce qu'il y a une périodicité qui se rattache à ça?

M. Iglesias: Naturellement, la périodicité minimale, c'est la nomination et le renouvellement des privilèges. Ça, c'est la périodicité minimale. Il faut au moins, lorsqu'on donne des privilèges ou qu'on renouvelle, avoir, à ce moment-là, une **reconsidération** de la compétence du médecin.

M. Trudel: Sauf que ce ne sont pas des exigences formelles de par la loi, là.

M. Iglesias: Mais à chaque fois que le conseil des médecins et dentistes va faire une recommandation au conseil d'administration, il doit considérer si le membre qui fait une demande a les compétences nécessaires pour exécuter les fonctions pour lesquelles il demande des privilèges.

M. Trudel: Et, quand ça va être accordé par le conseil d'administration sur recommandation du CMDP...

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel: ...c'est quoi la périodicité du renouvellement?

M. Iglesias: Je vais juste confirmer parce qu'il y a eu.. Trois ans, un maximum de trois ans.

M. Trudel: Il est réputé renouvelé s'il ne fait rien?

M. Iglesias: Non, il n'est pas réputé renouvelé s'il n'y a rien. La demande est réputée être faite, mais le renouvellement, ça demande un

examen par le conseil des médecins et dentistes une recommandation au conseil d'administration et une assignation d'obligations avec les privilèges qui lui sont accordés. C'est seulement la première phase de la demande de nomination qui est automatique, c'est-à-dire qu'il n'a pas besoin de remplir une formule, il ne fait rien.

M. Trudel: Ça prend une nouvelle résolution.

M. Iglesias: C'est ça. Ça prend une nouvelle résolution.

M. Trudel: Et, à cette occasion-là...

M. Iglesias: Il faut, naturellement, que le conseil des médecins et dentistes se penche sur la compétence du membre, en fonction de ce qu'il demande à faire. C'est possible également qu'il y ait une demande de modification de privilèges. Un chirurgien, pour une raison x, peut dire: Bien, moi, je veux faire uniquement de la consultation externe. Ça peut être pour des raisons de compétence qui ne sont pas nécessairement de mauvais aloi. Il y a une évolution physique ou d'âge, quelque chose comme ça. C'est pour ça qu'il y a également un maximum de trois ans. M. Côté me fait penser également que les contrats de services qu'on met dans les obligations sont portés à sa connaissance.

M. Trudel: 78.

M. Iglesias: 78. Également, les charges d'enseignement et de recherche présentaient un problème majeur, un problème à résoudre. Il y a des gens qui obtenaient des privilèges, à un moment donné, avec des charges d'enseignement et qui disaient après: Moi, ça ne me tente plus de participer à l'enseignement, bonjour la visite. Ou: Ça ne me tente plus de faire de la recherche. Alors, actuellement, on va renouveler ces obligations-là en même temps que le renouvellement des privilèges, compte tenu des compétences.

M. Trudel: Est-ce que, dans la demande de renouvellement au conseil d'administration il est indiqué formellement que ça doit être accompagné de l'évaluation faite par le CMDP?

M. Iglesias: La recommandation est faite par le CMDP.

M. Trudel: Et est-ce qu'elle inclut l'évaluation?

M. Iglesias: La recommandation inclut si l'individu doit recevoir le privilège demandé et, en même temps, les obligations qu'il doit accomplir. Naturellement, ça soutient que s'il y a des obligations, à ce moment-là, il est capable de les

faire. Le CMDP ne peut pas recommander des choses que l'individu n'est pas capable de faire. C'est tout le jeu du CMDP. C'est de demander à un individu de faire des choses qu'il est capable de faire et non pas des choses que quelqu'un lui dit de faire alors qu'il n'est pas capable de les faire.

M. Trudel: Non, non, ce n'est pas sur l'avenir. L'évaluation porte sur le passé.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Sur ce qu'il a réalisé.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Alors, est-ce que le conseil d'administration, lui, peut être saisi, à l'occasion de la demande de renouvellement des privilèges, de l'évaluation faite par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sur le travail réalisé, au minimum au cours des trois dernières années?

M. Iglesias: Les procès-verbaux du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sont confidentiels; nul ne peut y avoir accès. Ils sont les membres de... On l'a vu il n'y a pas longtemps.

M. Trudel: Pardon?

M. Iglesias: On l'a vu, cet article-là.

M. Trudel: Oui, oui.

M. Iglesias: Ce qu'ils ont, c'est l'output. Le conseil d'administration, il n'est pas membre du conseil exécutif.

M. Trudel: Correct. Ça va. Ça va sur le 2°. Oui. C'est une responsabilité inhérente au conseil d'administration et, lorsque la recommandation au conseil d'administration arrive, ça suppose qu'il y a eu évaluation du candidat et du travail passé, compte tenu du renouvellement et de la recommandation. On pourrait bien rajouter "la recommandation motivée", mais c'est clair que ça va être une recommandation motivée.

M. Iglesias: Et, en cours de route, il y a quand même des évaluations qui sont faites par le CMDP des actes que l'individu pose.

En cours de route, entre les deux périodes, là, il y a quand même, selon les mécaniques d'évaluation des différents comités, une évaluation qui est faite.

M. Trudel: Oui, oui. Et on ne peut pas confier une mission au CMDP, une responsabilité, et dire, par ailleurs, que cette mission-là, eu égard à la responsabilité professionnelle, elle va être communiquée au conseil d'administration

puisque c'est en matière professionnelle, les actes professionnels. Ça va.

5°. Au moins *une* information sur le 5°. Il faut qu'il donne son avis sur la mesure disciplinaire qu'entend imposer un conseil d'administration aux médecins, dentistes et pharmaciens. C'est-à-dire qu'il faut que l'intention du conseil d'imposer une mesure disciplinaire fasse l'objet d'une communication au CMDP qui, lui, doit obligatoirement fournir un avis avant que le conseil d'administration puisse procéder. Ça peut être une lettre d'intention lui disant: Nous avons l'intention de, donnez-nous un avis.

M. Iglesias: Donner un avis sur les mesures que le conseil va imposer. Le conseil va imposer des mesures...

M. Trudel: Oui, oui.

M. Iglesias:... le CMDP va...

M. Trudel: Sur l'intention du conseil d'imposer...

Des voix: C'est ça.

M. Trudel:... sur un individu ou, enfin, sur un groupe d'individus.

M. Iglesias: Sur un individu.

M. Trudel: 8°. "D'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques pour les besoins du centre." Alors, "élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence", ça veut dire que c'est 24 heures.

M. Iglesias: En permanence, naturellement, c'est 24 heures. Les modalités peuvent être différentes. Ça n'est pas nécessairement sur place. Un système de garde, ça suppose qu'il y a différentes composantes; un système de garde a différentes modalités. Pour certaines spécialités, pour certains médecins, ça peut être sur place, pour certains centres, ça peut être sur place. Pour d'autres spécialités, ça peut être sur appel, pour d'autres, ça peut être en premier appel, en deuxième appel. Et, également, toutes les fonctions du CMDP sont modulées par l'avant-dernier alinéa.

M. Trudel: Sur les services adéquats maintenant, et tantôt, efficaces et efficaces.

M. Iglesias: Efficaces, et aussi l'organisation de l'établissement, les ressources dont dispose cet établissement. Si, à un moment donné, l'établissement tombe dans un niveau d'effectif très très bas, il va faire son possible.

M. Trudel: La permanence, si c'est possible.

M. Côté (Charlesbourg): La permanence. Différentes modalités.

M. Iglesias: Contrat de services. Par exemple, ça peut être, pour un temps, qu'il faut faire une entente avec un autre établissement pour assurer la garde.

M. Charlebois: Donc, s'il y a baisse d'effectif, il y a quand même obligation de trouver les moyens pour qu'il y ait un système de garde, une permanence.

M. Iglesias: Mais les modalités peuvent être différentes.

M. Trudel: Y compris des ententes avec d'autres établissements?

M. Iglesias: Y compris ça. Mais c'est une obligation d'élaborer un système qui assure une permanence d'effectif.

M. Chevette: Je ne sais pas si on ne peut pas... Ça me fait sonner quelque chose, ce point-là en particulier.

M. Trudel: Ça veut dire - c'est le bout de mon raisonnement, en tout cas - que c'est pour tout établissement qui a un CMDP. C'est ça?

M. Iglesias: Ou un établissement qui a quelque chose qui joue le rôle d'un CMDP.

M. Trudel: Oui, O. K. Tous les CLSC qui ont cinq médecins et plus et qui ont donc un CMDP sont obligés d'élaborer des modalités d'un système de garde, donc une permanence... procéder à la permanence de médecins en service de garde.

M. Iglesias: Qui tient compte de l'organisation de l'établissement. C'est pour ça que je vous ai référé au dernier paragraphe. "Dans l'exercice des fonctions du conseil des médecins, dentistes..."

M. Trudel: Non, non. C'est les modalités, c'est expliqué. La permanence, c'est comme être enceinte. On l'est ou on ne l'est pas. C'est permanent ou ce n'est pas permanent. C'est 24 heures ou pas 24 heures. "Élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes" s'il y a besoin. Un CLSC, c'est un établissement...

M. Iglesias: Qui a un CMDP.

M. Trudel: Qui a un CMDP.

M. Iglesias: L'avant-dernier alinéa dit:

"Dans l'exercice de ses fonctions... " Donc, la fonction que vous me lisez, la fonction 8, c'est une de ces fonctions, "... le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de rétablissement. " Donc, il tient compte de l'organisation de rétablissement. Si l'établissement a dit qu'il n'avait pas besoin de système de garde, à ce moment-là, le CMDP ne sera pas tenu de le faire.

M. Chevette: Vous tournez les coins ronds, vous, là. Vous créez une obligation législative et, là, il n'y a plus de problème, il peut le faire.

M. Trudel: Ça dépend si on a décidé d'avoir une garde en permanence ou pas, mais le centre hospitalier qui décide... Le centre de santé de Lebel-sur-Quévillon, 1200 de population...

M. Chevette: Ce n'est pas ça que ça dit.

M. Trudel: Ça veut dire que s'ils décidaient, à l'hôpital, au centre de santé de Lebel-sur-Quévillon, de ne pas maintenir de service d'urgence en permanence, compte tenu de l'organisation de l'établissement, on n'aurait pas de permanence au niveau du service de garde. Point, à la ligne.

M. Iglesias: Mais il y a une responsabilité de cet établissement-là aussi, dans sa mission globale.

M. Trudel: De rendre les activités... Par exemple, dans le cas des centres hospitaliers, ce n'est pas réglé encore, c'est à 55. C'est de disposer de services diagnostiques généraux et spécialisés. Le dur.

M. Iglesias: Écoutez, il ne faut pas...

M. Trudel: Et ça, c'est pour une population donnée. S'il y a un CMDP, s'il y a des médecins, on les oblige à avoir un service de garde en permanence. (21 h 15)

M. Chevette: Toute la comparaison, docteur, avec la loi actuelle, vous aimez ça vous y référer de temps en temps, pour nous dire: On a reconduit la loi actuelle. La loi actuelle, c'est: "D'établir les modalités d'un système de garde permanent dans l'établissement. " C'est le système qui est permanent alors qu'ici, vous dites: "Élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité. " Ce n'est pas un système permanent, c'est une garde permanente.

M. Iglesias: C'est voulu, ça.

M. Chevette: Si c'est voulu, comment

pouvez-vous créer une obligation de créer une garde permanente et nous dire après que ça dépend des structures? Ce n'est pas vrai.

M. Iglesias: C'est pour les besoins du centre et...

M. Côté (Charlesbourg): D'abord, prenons ça. Je pense que la distinction que vous avez faite est quand même importante: C'est plus fort là que c'est dans la loi.

M. Chevette: Exact.

M. Côté (Charlesbourg): C'est voulu. O.K.? C'est voulu, parce que dans tous les échanges qu'on a eus avec la profession médicale et avec les responsables des hôpitaux, il y a des gens qui ont demandé de l'aide pour être capables d'assurer la garde. Alors, c'est donc voulu que ce soit une garde en permanence, assurant en permanence...

M. Chevette: Et non pas un système.

M. Côté (Charlesbourg): ...et non pas un système. Évidemment, on pose la question maintenant: Est-ce que ça s'applique dans les centres hospitaliers et, par le fait même, dans tous les endroits où il y a un CMDP? Par exemple, un CLSC qui aurait plus de cinq médecins et qui a un CMDP alors que, finalement, le service actuel est un service de 8 heures le matin à 21 heures le soir, ça ne peut pas être 24 heures par jour. Alors, ce qui est dit: "...pour les besoins du centre" - c'est la fin du 8^e - donc, d'un centre qui a un plan d'organisation de services et qui, par conséquent, tient compte de son niveau d'ouverture, que ce soit jusqu'à minuit ou jusqu'à 21 heures le soir. Donc, ce n'est pas... Partout où il y a des CMDP, oui, mais en tenant compte des besoins du centre, donc en tenant compte des besoins du CLSC, reconnus dans son plan d'organisation de services.

M. Iglesias: Le plan d'organisation de services - l'exemple que vous donniez tantôt - ce n'est pas... L'établissement prépare son programme d'organisation de services, mais il n'est pas celui qui l'autorise. C'est la régie régionale qui l'autorise. À ce moment-là, si un établissement qui dessert un rayon de 100 kilomètres dit: Moi, je n'en fais pas de garde, il y a quelqu'un qui ne l'autorisera pas, son plan. Par contre, si vous avez deux hôpitaux collés l'un sur l'autre - il y en a sur le chemin Sainte-Foy - qui disent: Nous, on propose comme programme d'organisation de services qu'il y en ait un qui ferme à 22 heures le soir et la garde va être faite à côté. Si c'est accepté par la régie régionale, selon les besoins du centre et l'organisation des établissements, le plan d'organisa-

tion, tel qu'autorisé par la régie, n'est plus le même.

Le CMDP, à ce moment-là, son obligation, au point 8^e, est modulée par l'organisation et les besoins du centre. Il n'est pas l'arbitre. Il n'est pas un arbitre seul, là. Il y a un plan d'organisation qui est approuvé par la régie régionale. C'est quelque chose qui est implicite. On ne le voit pas dans ces articles-là, mais tout ça est lié là. On a renforcé le 8^e, c'est sûr, pour lui donner...

M. Chevette: Mais quand vous dites "pour les besoins du centre"...

M. Iglesias: Et n'oubliez pas la modulation qui est avant le dernier alinéa, dans les fonctions.

M. Chevette: J'ai vu la modulation. Quand vous dites "pour les besoins du centre"... Je vous donne un exemple. Le ministre a déploré le fait, par exemple, que les CLSC étaient ouverts à des heures trop réduites, etc., et qu'éventuellement, si on voulait qu'ils assument la médecine de première ligne, il fallait qu'ils ouvrent leurs portes à des heures où les gens pourront en bénéficier. Si on n'ouvre pas, même avec des tickets orienteurs, comment on pourra changer les gens ou les orienter ailleurs?

M. Iglesias: Il faut changer les esprits.

M. Chevette: Non, mais c'était le temps de le passer. Depuis 9 heures, ce matin, que j'essaie de trouver à le passer. Je viens de le passer.

M. Côté (Charlesbourg): Vous venez de l'orienter.

M. Chevette: C'est ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Blague à part...

M. Trudel: Je n'en parle plus, ça fait 20 fois que j'en parle.

M. Chevette: ...les besoins d'un centre par rapport aux orientations ministérielles, par exemple, ou aux programmes nationaux... Un centre pourrait décider, à cause qu'il juge qu'il n'a pas assez d'argent, par exemple, que c'est une façon de couper dans son budget de fermer à 20 heures. Il juge que ce sont ses besoins alors qu'il pourrait avoir les effectifs pour assurer une garde permanente.

M. Côté (Charlesbourg): Ça, ça va faire partie du plan d'organisation de services. À partir du moment où, dans votre plan d'organisation de services, vous dites "on ouvre notre

CLSC jusqu'à minuit tous les soirs, donc de 8 heures à minuit, et que vous avez, en conséquence, les sommes pour le faire, bien, vous ouvrez de 8 heures à minuit. Vous devez, par conséquent, dans votre plan d'organisation, prévoir si vous avez une garde en permanence pour tout le temps où vous êtes ouvert. C'est pour les besoins du centre, mais il n'est pas question de couper à l'intérieur de ça. Vous changeriez votre plan d'organisation qui, lui-même, a été approuvé.

M. Chevette: Et le plan d'organisation...

M. Iglesias: Il faut qu'il soit fait.

M. Côté (Charlesbourg): Bien sûr, parce que, finalement, il y a des conséquences sur le plan financier. Si vous ne spécifiez pas, par exemple, que votre CLSC est ouvert... Si vous dites "mon CLSC est ouvert de 8 heures à 20 heures", c'est clair que ça signifie, au bout de la ligne, tant d'argent. Si c'est ouvert jusqu'à minuit, ça va signifier plus d'argent. Vous allez donc être budgété en fonction, à partir du moment où la région régionale les aura reconnus, de vos heures d'ouverture et des besoins que vous avez sur le plan financier.

M. Trudel: Sauf que votre plan d'organisation ne contient pas ça, tel que décrit à 139. C'est le plan régional d'organisation de services qui va contenir ça, pas le plan d'organisation de l'établissement.

M. Côté (Charlesbourg): Bien, l'établissement va devoir, à l'intérieur... La séquence, c'est qu'un plan régional d'organisation de services va devoir, quant à lui, se répercuter dans les plans d'organisation des établissements. Il faut qu'il y ait une logique quelque part. Tu auras beau avoir un plan régional d'organisation de services, si ça ne se retransmet pas au niveau des établissements...

M. Trudel: Bien oui, bien oui. C'est parce que vous décrivez ça comme étant... À l'avant-dernier alinéa, vous dites: Bien non, ils ne sont pas obligés parce que ça dépend de l'organisation de l'établissement. Quand je vais voir l'organisation de l'établissement, le plan d'organisation, à 139, ça comprend essentiellement la description structurelle des responsabilités, des directions de département, etc.

C'est évident que le plan d'organisation de l'établissement, il dépend de ce que je vais faire dans le plan régional d'organisation de services. Ce qui restreint la garde, ce qui restreint l'existence, la permanence ou pas d'un service de garde, c'est le plan régional d'organisation de services et non pas l'organisation de l'établissement, parce que l'organisation de l'établissement, elle découle...

M. Côté (Charlesbourg): Du plan régional.

M. Trudel: ...du plan régional d'organisation de services.

M. Côté (Charlesbourg): Bien sûr, bien sûr.

M. Trudel: Alors, c'est ça qu'il va falloir dire, au moins, à l'avant-dernier alinéa: "Compte tenu du plan régional d'organisation de services."

M. Iglesias: Là, vous en êtes sur les besoins: "pour les besoins du centre."

M. Trudel: Non, non.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. C'est parce qu'on est partis...

M. Trudel: Le Dr Iglesias nous répond: Là où il y a un CMDP, on dit, au huitième alinéa, que le CMDP doit élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un biochimiste pour les besoins du centre.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Pour les besoins du centre.

M. Iglesias: Les besoins du centre, vous les avez à 75.

M. Trudel: Et tous les CMDP qui sont dans les établissements où il y a cinq médecins et plus doivent élaborer un système suivant les besoins du centre.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Moi, je lis, les besoins... Écoute, si c'est une salle d'urgence qui reçoit en moyenne 500 cas par jour, les besoins du centre, ce ne sera pas qu'un médecin, il va y en avoir plusieurs.

M. Charlebois: C'est à l'article 75.

M. Côté (Charlesbourg): Si on vous faisait la lecture de 75?

M. Trudel: 75?

M. Charlebois: Oui, l'article 75.

M. Côté (Charlesbourg): "L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles et conformément aux plans régionaux d'organisation de services élaborés par

la régie régionale pour l'atteinte des objectifs fixés aux divers programmes établis par le ministre.

"L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de la régie régionale."

M. Trudel: Ça, ce n'est pas dans les plans d'organisation. C'est 75, que vous me dites?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, 75.

M. Trudel: Les missions?

M. Charlebois: C'est parce que l'article...

M. Trudel: Les fonctions, pardon.

M. Charlebois: Le paragraphe 8° se réfère aux besoins du centre. Les besoins du centre, si on veut savoir où est-ce qu'ils sont définis ou déterminés dans la loi, c'est à l'article 75. L'établissement détermine les services qu'il va rendre en tenant compte justement de tout ce qu'on vient de dire, c'est-à-dire sa mission, le plan régional et les différents paramètres.

Une voix: C'est les deux, monsieur.

M. Trudel: La non-obligation, ce n'est plus en vertu de l'avant-dernier alinéa, c'est en vertu des besoins, et les besoins sont à 75.

M. Charlebois: Non, c'est parce qu'il y a une séquence là-dedans. À 8°, on se réfère aux besoins du centre. Les besoins du centre sont déterminés à 75. Maintenant, à 75, il pourrait se produire ce que le Dr Iglesias expliquait tantôt: deux hôpitaux sont voisins; l'un des deux hôpitaux va assurer, par exemple, la nuit, et l'autre n'assurera pas la nuit. Donc, la plage horaire qu'il devra assurer en termes de disponibilité sera, par exemple, 100 heures-semaine et non pas 160 ou 168. Pour ces 100 heures-semaine, là, c'est le dernier alinéa qui trouve son application. C'est-à-dire que pour la garde permanente qui doit être assurée durant ces 100 heures on tient compte des ressources. Je pense qu'il faut les lire comme ça.

M. Trudel: Les besoins du centre égalent ses fonctions.

M. Charlebois: Bien, ça égale les... L'établissement détermine les services qu'il dispense.

Une voix: ...à 75.

M. Iglesias: Il y a 140 également, qu'on a adopté, je pense, hier...

M. Trudel: Oui.

M. Iglesias: ...qui dit: "Le plan d'organisation d'un centre hospitalier - pour un centre hospitalier; je précise maintenant, pour un centre hospitalier - doit de plus prévoir la formation de départements cliniques." Et, à la fin, c'est tout ce qu'on a dit: les médecins, etc. "Ces éléments doivent être déterminés en tenant compte du permis de l'établissement qui exploite le centre hospitalier, des ressources financières dont il dispose et des plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale." Donc, pour les centres hospitaliers, c'est encore plus contraignant.

M. Trudel: Et la clé dans la pyramide est...

M. Iglesias: Et à 141, vous l'avez pour les autres.

M. Trudel: 140?

M. Iglesias: 141.

M. Trudel: La clé dans la pyramide, c'est le plan régional d'organisation de services.

M. Iglesias: Bien oui, bien oui.

M. Trudel: Parce que c'est là qu'on va déterminer qui fait quoi dans notre région pour répondre aux besoins. Ça va s'incarner dans 75 par les services qu'on doit rendre et, suivant les services qu'on doit rendre, ça va s'incarner pour le CMDP en des recommandations sur la permanence, suivant la mission qui lui aura été dévolue, ses responsabilités au niveau régional dans le plan régional d'organisation de services et là, le nombre... pas le nombre mais les services qu'il doit assurer. La question du nombre, dans la permanence, il n'y a pas de minimum et de maximum de fixés; ici, il n'y a pas de seuil, nulle part, de fixé.

Donc, ici, vous ne voyez aucune obligation que des établissements soient forcés de maintenir de la permanence lorsque ce n'est pas assumé de par le pouvoir de recommandation qu'on fait sur les services de garde? Vous n'avez pas de problème avec ça?

M. Chevrette: Moi, j'ai un dernier point, personnellement. Je ne sais pas si mon collègue en aura d'autres, mais sur l'article 154, 11°, là, j'ai besoin de l'attention de tout le monde de votre bord. L'article 11... C'est-à-dire...

Une voix: Deuxième alinéa.

M. Chevrette: C'est le deuxième? "Dans l'exercice des fonctions décrites aux paragraphes 1° et 2°". Donc, les contrôles et l'évaluation, ça va? Si on reprend 1° et 2°, c'est de contrôler et d'apprécier la qualité et d'évaluer et de main-

tenir la compétence. "Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens peut, avec l'autorisation du conseil d'administration, avoir recours à un expert externe à l'établissement."
(21 h 30)

Donc, avec la permission, ils ont recours à un expert, mais ce qui m'agace, ce n'est pas ça, c'est le dernier bout de phrase: "Cet expert a alors accès au dossier d'un usager." Vous parlez de confidentialité, bonne mère! passablement. Et je sais que le corps médical aussi parlait de confidentialité pas mal au niveau des discussions. Et là, dans le cas d'une plainte éventuelle, ce n'est pas des farces, non seulement le conseil d'administration leur donnerait un expert, mais il aurait accès aux dossiers en plus. Moi, je trouve ça très fort. Est-ce que c'est parce que je comprends mal l'article? Qu'on me l'explique, mais tel que libellé là, ça m'apparaît être démesuré comme pouvoir par rapport à ce qu'on donne à des individus. On a même refusé... vous le savez, on était tellement prudents depuis le début sur la notion d'accès au dossier de l'individu, d'un usager, qu'on en avait des frissons et nos propres formations politiques, autant du côté ministériel que du côté de l'Opposition, nous attaquaient pratiquement dans notre façon de procéder en disant qu'on ne faisait jamais assez attention.

Dans le cas précis ici, moi, j'aimerais que le Dr Iglesias ou bien le ministre me l'explique. Mais ça m'apparaît en tout cas, personnellement, ouvrir une brèche, disproportionné comme pouvoir par rapport à ce qu'on a voulu enlever à peu près partout. Si je comprends mal, qu'on me l'explique et, si je comprends bien, qu'on l'amende.

M. Iglesias: Je vais vous expliquer la portée de ça.

M. Chevette: Et je veux ajouter un dernier élément. Quand l'individu est en conflit, c'est analysé par le CMDP. L'individu n'a pas accès seulement aux procès-verbaux du CMDP. Là, le CMDP aurait accès au dossier de l'individu. On ne peut pas créer deux poids, deux mesures.

M. Iglesias: Au dossier individuel de...

Une voix: De l'individu.

M. Chevette: Vous nous avez dit ce matin...

M. Iglesias: Ah! de l'usager là. O.K.

M. Chevette: Vous nous avez dit ce matin que l'usager, quand sa plainte était étudiée, on n'avait pas accès aux procès-verbaux.

M. Côté (Charlesbourg): Il y avait les recommandations.

M. Chevette: C'était seulement la recommandation ultime. Et ici, dans le cas contraire, le conseil a accès au dossier de l'individu.

M. Iglesias: Mais la plainte...

M. Chevette: C'est quasiment dire au citoyen: Toi, tu n'as pas... tu es tout seul et, en plus, tu n'as pas d'expert et en plus, ils ont accès à ton dossier. Maudit!

M. Iglesias: La plainte est contre un médecin et le médecin n'a pas non plus accès aux procès-verbaux du CMDP. La seule chose à laquelle le médecin a accès, c'est aux procès-verbaux de la réunion générale de son conseil. Il n'a pas accès aux procès-verbaux.

M. Chevette: Ça, j'ai compris, c'est l'explication de ce matin. À partir du bout de phrase de ce soir, maintenant.

M. Iglesias: Maintenant, ça ici, vous associez ça aux plaintes mais, naturellement, ça ne s'adresse pas communément aux plaintes. Ça s'adresse aux fonctions 1 et 2. Contrôler et apprécier la qualité, y compris...

M. Côté (Charlesbourg): D'évaluer et de maintenir la compétence.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, ce n'est pas les plaintes.

M. Chevette: Non, non, ce n'est pas les plaintes, mais c'est un accès au dossier de l'individu.

M. Iglesias: Maintenant, pourquoi? C'est que dans des centres hospitaliers il y a une...

M. Chevette: Les plaintes vont où, docteur?

M. Iglesias: Les plaintes sont envoyées au CMDP.

M. Chevette: Au CMDP. Je traite d'incompétent, moi, le médecin X.

M. Iglesias: Oui.

M. Chevette: Le CMDP a la mission, à 1, d'évaluer, de maintenir, d'apprécier la qualité des actes. Allez-vous me dire qu'il n'y a pas un lien?

M. Iglesias: Ça peut se répercuter sur les plaintes.

M. Chevette: Bon.

M. Iglesias: O.K. Maintenant, je vais vous donner l'intention de l'article. Peut-être que...

M. Chevrette: L'intention, pas la lettre. Moi, c'est la lettre.

M. Iglesias: O.K. L'intention d'abord. Dans un établissement où il y a des médecins, il y a plusieurs catégories de médecins, spécialistes, **omnipraticiens**, on pourrait être dans une situation où il y a un spécialiste de tel domaine. Ne parlons même pas de plainte. Prenons une situation normale d'évaluation. Le CMDP se pose la question: Est-ce que ces médecins-là posent les gestes de la façon, avec la qualité qu'il faudrait les poser? Il se peut qu'il soit capable, avec ses effectifs, de procéder à une évaluation. Il se peut également que... Et ça nous arrive, des demandes comme ça, des doutes...

M. Chevrette: Ça, c'est beaucoup de phrases là, hein?

M. Iglesias: Oui.

M. Chevrette: Ce n'est pas la concision qui vous étouffe, là.

M. Iglesias: Mais écoutez...

M. Chevrette: Docteur, vrai ou faux, une plainte contre la compétence d'un médecin, le CMDP est pris pour l'évaluer en vertu de 1 et 2...

M. Iglesias: Il est pris pour l'évaluer. Correct. Bon.

M. Chevrette: Bon. Qu'est-ce qui arrive?

M. Iglesias: Si le CMDP lui-même trouve qu'à part cet individu-là il n'y a pas de compétence dans son CMDP, qu'est-ce qu'il fait? Alors, on était devant une porte fermée. O.K.? Là, on était devant une porte fermée. Alors, à ce moment-là, on s'est dit: si on laisse le CMDP tout seul aller chercher un expert, ça, ce n'est pas correct parce qu'il pourrait, à un moment donné, dire: Bien, on va vous faire voir un expert, on ne veut pas se prononcer sur les autres affaires. Et si c'est le conseil d'administration qui va faire la représentation nécessaire et qui dit: Écoutez, là, on a un cas difficile, on n'est pas capables, nous, de l'évaluer, on n'est pas capables d'évaluer notre collègue, c'est un acte technique, précis, ça prend un autre collègue qui n'est pas ici, nous on n'en a pas. À ce moment-là, est-ce qu'on ferme la porte complètement? Qu'est-ce qu'on fait?

M. Chevrette: La corporation professionnelle?

M. Iglesias: La corporation professionnelle agit dans un mandat, c'est ultime. Ils sont là tout le temps. Ils vont toujours pouvoir venir là. On leur a demandé...

M. Chevrette: Écoutez, placez-vous comme simple citoyen, 30 secondes. Moi, je dépose une plainte. Peut-être que je ne le comprends pas, mais en tout cas. Je vais le dire pareil parce que je considère que le citoyen doit se poser les mêmes questions que moi. Je suis citoyen, je fais une plainte. Je fais une plainte et on me dit à part ça, par rapport à celui dont je me plains, que lui a droit à un expert d'un conseil d'administration. Il a droit à un expert, lui, pour se...

M. Iglesias: Pas pour se défendre.

M. Chevrette: Pas pour se défendre, pour faire l'analyse du dossier et il a même accès à mon dossier personnel, en plus.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Chevrette: O.K.? Pour évaluer, porter un jugement de valeur.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Mais sur celui à qui on reproche quelque chose. Donc, ce n'est pas celui à qui on reproche quelque chose qui a accès à l'expert et au dossier.

M. Chevrette: L'expert est le substitut du CMDP dans les circonstances.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Mais pour être capable d'évaluer la plainte...

M. Chevrette: Si je le comprends bien.

M. Côté (Charlesbourg): Pour être capable d'évaluer la plainte qui est portée. Et, pour être capable d'évaluer la plainte qui a été portée, il faut à tout le moins que l'expert qui va l'évaluer ait accès au dossier. Ce n'est pas le médecin contre qui la plainte est portée qui a accès au dossier de l'individu.

M. Iglesias: Ce n'est pas nécessairement une plainte. Vous pouvez le voir avec les lunettes de la plainte là, mais regardez-le avec les lunettes de l'évaluation d'une pratique.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais ça, ce que j'ai compris...

M. Chevrette: Ce n'est pas la question de pratique, c'est vraiment au niveau de la question de la plainte, vous le savez très bien. Au niveau de la pratique, je n'aurais pas soulevé la question.

M. Charlebois: Il se produit deux choses, là. S'il y a une plainte portée par un usager contre un médecin, un acte qu'il juge insatisfaisant, ça va aller au CMDP. Le CMDP a la capacité d'évaluer le médecin et, donc, a accès au dossier. S'il n'a pas l'expertise à l'interne, il peut aller chercher l'expertise externe pour faire cette évaluation. C'est donc dans ce contexte-là qu'il a accès au dossier. L'usager pourrait aussi porter plainte directement à la corporation et, s'il le faisait, la corporation aurait accès aussi au dossier.

M. Côté (Charlesbourg): Va envoyer un expert qui va avoir accès.

M. Charlebois: Automatiquement, il va avoir accès au dossier. Donc, dans l'un ou l'autre des cas, ce dont il s'agit, c'est d'évaluer par un pair ou par des pairs si les actes posés sont selon les règles de l'art ou pas. Et pour le faire, il a accès au dossier. Ça, c'est dans les responsabilités générales du CMDP.

Maintenant, pourquoi on a stipulé explicitement, et c'est une nouveauté, c'est justement pour viser les cas auxquels le Dr Iglesias a fait référence. Dans certains centres hospitaliers, il peut arriver que parmi les effectifs il n'y ait pas un pair ou une expertise pour faire l'évaluation. Alors, dans ce cas-là, les centres ou le CMDP peuvent demander d'aller chercher l'expertise ailleurs, mais ça se fait sous la tutelle, entre guillemets, du CMDP. C'est dans le cadre de ses responsabilités générales d'évaluation des pairs.

Dans un dossier de plainte, que ça aille à la corporation ou que ça aille dans l'établissement, dans tous les cas, il y a accès au dossier par ceux qui font enquête.

M. Chevrette: Mais comme vous ne pouvez pas éviter que ce soit exclusivement pour les gestes prévus par le Dr Iglesias, mais que ce soit aussi pour les plaintes, quelle serait la pénalité, par exemple, vis-à-vis d'un expert qui dévoilerait à un de ses collègues médecin le contenu d'un dossier pour qu'il puisse mieux se défendre?

M. Charlebois: Il est tenu par le secret. Je pense qu'on tombe dans la déontologie.

M. Iglesias: Il est un expert du CMDP. S'il dévoile les secrets du dossier... Lui, sa consultation du dossier, c'est pour les fins de son évaluation. S'il dévoile ça à sa voisine ou à son voisin, je pense qu'à ce moment-là il y a un bris de confidentialité dans son mandat. La plainte peut porter sur différents aspects et, dans beaucoup de cas, le CMDP va être capable de s'en tirer. Si ça porte sur la conduite d'un médecin, à ce moment-là, le CMDP est capable de se prononcer. Par contre, dans les cas où la plainte peut porter sur la compétence, à ce moment-là la compétence... Supposons que c'est

un acte chirurgical très précis d'un orthopédiste et qu'il y en a seulement un dans le centre... Et prenez le cas plus courant qui arrive dans nos établissements, où un CMDP est aux prises avec un médecin qui a une compétence particulière et le CMDP a des doutes sur sa pratique, mais il n'est pas capable, comment dire, il est devant le mur qu'il n'y a aucun membre du CMDP qui a les compétences pour juger sa pratique. Ça, c'est le cas le plus courant. Alors, à ce moment-là, c'est la porte de sortie qu'on a trouvée. Et on l'a réalisé en disant: Il faut quand même que le CMDP aille demander l'autorisation du conseil d'administration. Donc, ce n'est pas quelque chose qui se fait, tu sais, tu écris une petite lettre, il y en a un qui entre dans la bâtisse, il s'en va voir un dossier et, là, il fait une évaluation pour le CMDP, bonjour la visite. Ce n'est pas quelque chose... Il faut faire la demande ouverte au conseil d'administration pour dire qu'il y a un problème, qu'on a besoin d'un expert et que ça va être débattu au niveau du conseil.

M. Trudel: Le professionnel concerné par la plainte, lui, il a accès au dossier de plainte du plaignant.

M. Iglesias: Il a accès au même dossier de plainte que le plaignant a eu accès au dossier du bénéficiaire.

M. Trudel: Non, non. Ma question, c'est: Est-ce que le professionnel qui fait l'objet d'une plainte a accès au dossier de plainte de l'usager?

M. Iglesias: Aux mêmes choses que l'usager, soit: quand la plainte est déposée, contre qui et quelles sont les conclusions. Il n'a pas accès aux procès-verbaux de l'analyse de la plainte, le médecin. C'est ça que vous voulez dire?

M. Trudel: Non, non, mais il a accès au dossier décrivant la plainte de l'usager. C'est parce que tu as appelé un expert.

M. Iglesias: Non.

M. Charlebois: Il a accès au dossier de l'usager pour vérifier les actes posés, pour l'éclairer dans son évaluation sur les actes.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, attendez un petit peu!

M. Trudel: Ce n'est pas ça qui est marqué à 37.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, attendez un petit peu. Je m'excuse, mais, en vous écoutant, je pense que vous ne partez pas de la même chose. Je pense que vous ne parlez pas de la même chose. M. Charlebois répond toujours sur l'objet dont il était question ici, alors que

vous posez la question à savoir si un plaignant, lui, a un accès... Bien sûr, sa plainte, il la connaît, mais il n'a pas accès à d'autres documents.

M. Trudel: Non, mais ça ne commençait pas par ça, ma question. Le professionnel qui fait l'objet d'une plainte...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: ...a-t-il accès au dossier de plainte du plaignant?

M. Charlebois: Oui.

M. Trudel: C'est oui.

M. Charlebois: Oui, le professionnel qui fait l'objet d'une plainte...

M. Trudel: Et à son dossier médical, à son dossier d'utilisateur, ça va de soi. Bien, ça ne va pas de soi, mais à son dossier d'utilisateur.

Une voix: Oui.

M. Trudel: Il a accès à son dossier et à son dossier de plainte.

M. Charlebois: Même chose pour le plaignant.

M. Iglesias: Même chose pour le médecin que pour le plaignant.

M. Charlebois: Le plaignant a accès à son dossier.

M. Trudel: Le plaignant, lui...

M. Charlebois: Il a accès à son dossier.

M. Trudel: ...a accès à son dossier.

M. Chevette: Mais il n'a pas droit à l'évaluation qu'a faite le CMDP.

M. Trudel: Il n'a pas droit à l'évaluation que fait le CMDP des représentations.

M. Charlebois: Ni le médecin qui fait l'objet d'une plainte, si c'est le comité du CMDP...

M. Côté (Charlesbourg): O.K. 37.

M. Iglesias: Bien, des comités d'évaluation.

M. Charlebois: Alors, le médecin qui fait l'objet d'une plainte, il peut passer au comité d'évaluation. Le procès-verbal du comité d'évaluation comme tel, le médecin qui fait l'objet d'une plainte n'y a pas accès.

M. Iglesias: Du CMDP, les médecins ont seulement accès au procès-verbal de l'assemblée générale. Ils n'ont pas accès aux procès-verbaux des comités ou de l'exécutif.

M. Charlebois: Donc, le délibéré sur son cas, il n'a pas accès à ça.

M. Trudel: Pour l'instant, je n'irai pas plus loin parce qu'on change de dossier.

M. Côté (Charlesbourg): Mais 37...

M. Trudel: On change de dossier, là, mais je vais revenir ensuite. Je vais revenir là-dessus.

M. Iglesias: À 37.

M. Trudel: Je vais revenir à 37. Mais sur... Le professionnel et l'expert ont accès au dossier... Le professionnel contre qui on ferait une plainte et l'expert appelé, lorsqu'on l'étudie, ont tous les deux accès au dossier de l'utilisateur et de plainte de l'utilisateur.

M. Charlebois: L'expert n'a pas accès au dossier de plainte.

M. Trudel: Bien oui.

M. Chevette: Au dossier de l'utilisateur, il a le droit.

M. Charlebois: Il a accès au dossier de l'utilisateur, mais il n'a pas accès au dossier de plainte.

M. Chevette: Et celui qui fait l'objet d'une plainte a droit au dossier de l'utilisateur puisque c'est son client.

M. Charlebois: Oui, mais c'est parce que, à la question...

M. Chevette: Donc, les deux.

Une voix: C'est mêlant, ça.

M. Trudel: S'il n'a pas le dossier de plainte, comment tu veux qu'il évalue? L'expert chargé de faire l'évaluation, comment tu veux qu'il fasse l'évaluation s'il n'a pas le dossier de plainte? (21 h 45)

M. Chevette: Au moins qu'il connaisse la nature de la plainte s'il veut évaluer à partir du dossier; sinon, il a l'air fou un petit peu. Non? Vous ne pensez pas?

M. Charlebois: Il va connaître l'objet de la plainte. Pas le dossier.

M. Chevette: Bien, le dossier, la plainte, c'est qu'il a oublié une paire de pinces dans le

ventre de ma mère. Correct?

Une voix: Là, on cherche les pinces.

M. Chevette: Donc, il va voir dans le dossier et il voit qu'il y a réouverture et ils sont allés chercher la paire de pinces. Bon. Je vous donne un exemple. Il faut au moins qu'il sache la nature de la plainte...

M. Charlebois: Bien oui. Ça, il sait la nature de la plainte.

M. Chevette:... pour venir à bout de juger du dossier. On lui donne accès au dossier après. Remarquez bien que si ce n'était que ce cas-là, ce n'est pas grave. Au moins, ça... Je l'ai vécu dans ma propre famille. Mais ça, c'est...

M. Charlebois: C'est parce que le dossier de plainte - on va le voir à 37 - ce qu'on prévoit, c'est que l'usager, le plaignant a accès évidemment au dossier de plainte et le professionnel contre qui la plainte est portée a accès au dossier de plainte et le dossier de plainte comprend la plainte, le traitement qui en a été fait et les conclusions.

M. Chevette: Parce que l'objectif de votre article, là, vous ne pensiez peut-être pas, quand vous l'avez négocié, que ça pouvait déboucher sur un dossier de plainte. Et c'est ça, fondamentalement, le dilemme. Je comprends l'esprit dans lequel le docteur Iglesias l'a expliqué, mais on ne peut pas nier que ça peut devenir un dossier de plainte. Et un dossier de plainte, à mon point de vue, ne doit pas favoriser d'une façon maximale, par rapport au plaignant, un individu. Parce qu'il pourrait bénéficier même d'un expert au niveau du conseil du CMDP et ça, je le comprends, mais ce n'était pas l'objectif de donner un expert. Donner l'expert que vous recherchiez tantôt, vous autres, c'est parce que le conseil des médecins, dentistes n'avait pas l'expertise pour juger de l'acte que pouvait remplir un médecin. Mais là, vous lui donnez plus que ça sans le vouloir. C'est que, dans le cas d'une plainte contre un médecin, le CMDP pourrait ne pas vouloir même se mouiller parce que c'est un collègue et dire au conseil d'administration: Engagez-nous donc un expert parce que c'est délicat. Tout est dans ça, là. Je ne vous dis pas que... C'est au moment où on étudie une loi qu'il faut regarder les possibilités. Je ne dis pas que ça a été votre objectif. Je suis convaincu que ce n'était même pas l'objectif probablement des médecins qui demandaient ça. Mais il reste que c'est une possibilité théorique qui est là et pratique dans les faits.

M. Charlebois: Mais l'expert dont on parle ne vient pas porter assistance au médecin qui fait l'objet d'une plainte, l'expert...

M. Chevette:... une expertise au conseil...

M. Charlebois:... vient donner...

M. Chevette:... au CMDP.

M. Charlebois:... vient, pour le CMDP, évaluer.

M. Chevette: Oui, mais regardez, dans les faits, M. Charlebois, vous savez ce qui arrive. Vous avez vécu dans un réseau, vous?

M. Charlebois: Un petit peu.

M. Chevette: Un petit peu pas mal, hein? Et vous savez, quand la soupe est chaude, ce qui arrive.

M. Charlebois: On appelle le ministre.

M. Chevette: Oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevette: Vous avez bien fait de ne pas comprendre, parce que c'est ça qu'ils font tous. Mais ceci dit, il y a bien plus que le ministre. Sur place, regardez, au niveau de l'établissement, quand la soupe est trop chaude, on s'en remet à un tiers. C'est clair. Le jugement des pairs, dans ce temps-là, il est pas mal plus difficile à porter.

M. Iglesias: Ça, ça été très discuté et il y a une balise qui est là, avec l'autorisation du conseil d'administration.

M. Chevette: Oui, mais on se comprend bien. Ce n'était pas les fins qu'on discute présentement, docteur. C'est vous-même qui me l'avez expliqué. Je suis toujours cohérent avec ce que je vous ai apporté comme argument. Je sais que ce n'était pas l'objectif que vous aviez. Je sais ça. Je ne le nie pas. Je ne vous engueule pas. Je ne vous le reproche pas. Je vous dis qu'il y a une possibilité que ça serve autre chose. Et autre chose, c'est tellement facile dans un réseau de même. Quand la soupe est chaude... Je vais répéter mon expression. Quand ça sent chaud un peu, c'est si facile de s'en remettre à un tiers, non pas pour juger de l'acte, mais pour ne pas avoir, à court terme, à porter le premier jugement. Tu le justifies à partir d'un expert de l'extérieur. Vous reprochez au syndicat de leur payer les arbitrages, vous le savez, dans le cas de griefs. Là, vous payez des experts. Minute! Je sais que ce n'était pas pour les plaintes, mais ça peut en être. Quand on voit ça, on va essayer de boucher les trous. C'est ça, l'objectif, ici. À moins qu'on ne puisse pas y toucher, moi, je trouve qu'on devrait. Vous comprenez l'esprit qu'on a?

M. Iglesias: Moi, je vous comprends très bien. Seulement que...

M. Chevrette: Vous comprenez très bien, mais vous ne voulez pas le changer.

M. Iglesias: Non, non, non. C'est justement, habituellement, quand ça va mal, y compris quand c'est une plainte, qu'un CMDP qui est démuni dans sa constitution peut avoir besoin d'un expert. À ce moment-là, qu'est-ce qu'il fait? C'est à ça qu'on voulait répondre comme question.

M. Trudel: Oui, mais...

M. Iglesias: Et nous avons référé...

M. Chevrette: Vous êtes en train de changer d'idée encore. Et là vous pensez qu'on ne vous voyait pas aller. Vous nous avez dit que ce n'était pas du tout dans le cas des plaintes. Oui ou non, vous avez dit ça?

M. Iglesias: Ce n'était pas principalement dans le cas des plaintes.

M. Chevrette: Vous nous avez dit que ce n'était pas pour ça. Là, vous venez de dire "principalement". Écoutez, même s'il est 21 h 50, on est capable de vous suivre encore. Vous êtes en train de changer d'idée encore une fois. Ce n'est pas ça que vous nous avez dit, docteur. Vous nous avez dit que ce n'était pas l'objectif, vrai ou faux?

M. Iglesias: Je vous suis.

M. Chevrette: Si ce n'était pas pour ça et que ça peut donner ouverture à autre chose, y a-t-il moyen de trouver une porte pour fermer l'autre chose? C'est ça qu'on vous demande.

M. Iglesias: Je voulais juste vous faire remarquer qu'on avait déjà également mis un gros verrou au niveau de 156, par rapport à qui avait l'accès au niveau des dossiers. Si vous regardez, dans la loi actuelle...

M. Chevrette: Je sais que vous avez fait un effort sur... Même tous les médecins ont fait un gros effort sur la confidentialité et on était fiers de l'apprendre.

M. Iglesias: Il y avait un gros changement là. Maintenant, que ce soit pour l'évaluation d'une pratique ou pour une plainte, on demeure avec le problème, avec le problème de dire: Qu'est-ce qu'on fait lorsque, dans un centre, il n'y a pas d'expertise? Il faut quand même donner justice au plaignant et, à ce moment-là, il faut évaluer la compétence de ce médecin-là. Si ça porte, comme vous dites, sur le comportement,

on n'a pas de problème. Le CMDP, la plainte, il va être capable de l'évaluer sur le comportement. Mais si la plainte porte sur ça, c'est quoi la solution qu'on peut avoir?

Il y avait une vieille méthode qui était employée avant - je peux vous dire ça - une vieille méthode qui était de donner des privilèges de membre-conseil, des choses comme ça. Mais, à mesure que les plans d'effectifs se resserrent et tout ça, ça pourrait devenir, à la longue, moins intéressant de donner des privilèges de membre-conseil pour évaluer. Tu bloques ton plan plus ou moins. À un moment donné, quelqu'un peut décider qu'on compte les membres-conseils. C'est une technique qui était employée avant. Le problème existait, là. S'il n'y avait pas eu de problème, on ne chercherait pas de solution. La solution était de dire: On va nommer quelqu'un membre-conseil. C'est ça. M. Charlebois l'a répété de multiples fois. Il y a eu un éclairage sous forme de problématique à régler, et c'est une des problématiques.

M. Chevrette: M. Charlebois semble bien comprendre le problème qu'on lui soulève. S'il avait le pouvoir de négocier, il trouverait une formule, j'en suis sûr.

M. Côté (Charlesbourg): Je suis convaincu que le docteur...

M. Charlebois: Moi, je suis allé au bout de mon mandat.

M. Iglesias: Moi, je le comprends très bien aussi.

M. Chevrette: Qu'est-ce que je vous disais tantôt? C'est le genre de réflexion qui mériterait qu'on ferme la porte et qu'on la claque, esprit! Ne vous y reprenez pas deux fois ce soir, je suis tanné.

M. Iglesias: Moi, je comprends très bien aussi. C'est ce que je vous dis. Je pensais que la mécanique qu'on avait pensée au niveau de la pratique pouvait s'appliquer au niveau de la plainte. Mais, maintenant, vous dites qu'il y a des préoccupations. Vous voyez que l'intention est... Je pense que vous comprenez bien l'intention.

M. Chevrette: Je n'ai pas discuté de vos intentions. Je discute de la lettre qui donne ouverture à autre chose; c'est juste ça.

M. Charlebois: Mais prenons-là, votre préoccupation. S'il y a une plainte et s'il y a l'expertise à l'intérieur, parmi les effectifs du centre, il y aura donc, via le CMDP, une évaluation qui sera faite. Est-ce que vous assimilez cette évaluation qui est faite à un support ou à une expertise donnée au médecin qui fait l'objet

d'une plainte?

M. Chevrette: C'est-à-dire que si j'ai la conviction que le support demandé, c'est à cause du manque d'expertise du CMDP, c'est différent. Mais, moi, je sais à quoi ça va servir.

M. Iglesias: ...les échappatoires.

M. Chevrette: J'ai vécu. Avant d'être en politique, j'ai été membre d'un conseil d'administration pendant de nombreuses années, d'un centre hospitalier qui a les trois vocations, à part ça. Et je sais très bien que, quand la soupe devient chaude, on fait appel à l'extérieur. Pourquoi? Pour, précisément, ne pas avoir à juger, bien souvent, surtout quand c'est un cas extrêmement dangereux, quand c'est frontalier, comme limite. Qu'est-ce qui arrive? C'est que, surtout là, on ouvre la porte où l'expertise est payée par le conseil d'administration. Je ne connais pas gros de conseil d'administration; j'ai été membre d'un conseil d'administration. Quand le D.G. vous fait une recommandation, qui vient surtout du CMDP en plus, connaissez-vous bien des membres du conseil d'administration, malgré la grande participation du citoyen participant, qui dit: Non, non, je ne veux pas. Aïe! Une minute! Je crois à la vertu de la participation, mais je crois aussi au réalisme de la puissance du CMDP et du D.G. À partir de là, je vous dis très honnêtement...

M. Côté (Charlesbourg): J'en connais au moins un citoyen comme ça qui a eu l'audace.

M. Chevrette: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Vous.

M. Chevrette: Il n'y en a pas gros.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Chevrette: Il n'y en a pas gros. Mais moi, dans le temps, je faisais du syndicalisme et je n'avais pas froid aux yeux. Mais j'en connaissais qui m'accompagnaient...

M. Côté (Charlesbourg): Vous n'avez pas bien bien changé.

M. Chevrette: ...sur le conseil et quand le D.G. disait quelque chose, c'était: Oui, M. le D.G. Surtout si le médecin disait oui, bien, c'était encore bien pire, c'était: Oui, M. le docteur. Voyons!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevrette: Donc, ce que je veux dire, c'est... Ne demandez pas que ce soit une grosse soupape, ça, c'est faux.

M. Iglesias: On a peut-être une solution, là.

M. Côté (Charlesbourg): Pour bien comprendre ce qu'on fait là, le vice qui est vu dans le texte libellé, malgré les bonnes intentions - qu'on soit bien clair là pour ne pas totalement dévier notre conversation et l'objectif de départ non plus - l'effet pervers, dans le cas d'une plainte d'un citoyen, c'est qu'on donne accès au dossier de l'utilisateur, ce qui pourrait créer un déséquilibre dans cet équilibre qui est recherché du plaignant vis-à-vis de celui qui a dispensé des services. C'est ça qui, je pense, au niveau de cette partie de l'article, crée de l'embêtement.

Dans le reste, un expert externe pour être capable de juger, ça peut être nécessaire et, comme l'a dit le docteur Iglesias tantôt, dans la pratique récente, on donnait des privilèges. Avec les resserments, ça va être moins possible de donner des privilèges parce qu'on bloque des postes et ça n'a pas de bon sens, ça n'a plus de bon sens. Donc, il faut s'ouvrir à de nouvelles solutions.

La solution d'une expertise externe est une bonne solution. Ce qu'il faut tenter d'éviter, c'est de créer un déséquilibre au niveau de l'accès au dossier de l'utilisateur. C'est ça? Je ne sais pas si j'ai bien traduit.

M. Chevrette: Oui, oui, c'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): Alors, votre solution?

M. Iglesias: À ce moment, il faudrait garder notre solution uniquement avec le premier but et dire: Dans l'exercice des fonctions décrites aux 1° et 2° du premier alinéa, à l'exception du traitement d'une plainte, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens peut... On continue. À ce moment-là, on ne laisserait rien pour les plaintes, ça voudrait dire que l'établissement, s'il n'a pas l'expertise, devrait recourir à la corporation professionnelle; la corporation va envoyer son expert.

M. Chevrette: Et la corporation, elle, de toute façon, elle, peut avoir un accès.

M. Iglesias: ...accès. Ils vont nous dire que c'est un mécanisme exceptionnel et, par contre...

M. Chevrette: Malgré 156 aussi?

M. Iglesias: La corporation, par sa loi, a accès au...

M. Chevrette: Oui, mais 156, qu'est-ce qu'il dit là-dessus?

M. Iglesias: Ça, c'est les procès-verbaux.

M. Chevrette: Les procès-verbaux, correct.

Des voix: Adopté.

M. Iglesias: Oui. On reste un peu avec un petit peu de corde mais, par contre, votre préoccupation était justifiée.

Le Président (M. Joly): Est-ce que le nouvel article 154 est adopté tel qu'amendé?

Des voix: Adopté.

M. Chevrette: Merci du jugement de valeur que vous portez sur mon argumentation.

Le Président (M. Joly): Adopté. Compte tenu de l'heure, nous ajournons nos travaux à demain, 10 heures.

M. Iglesias: C'est parce qu'en mettant des verrous partout, à un moment donné, il ne reste plus de porte. C'est ça le problème.

(Fin de la séance à 22 h 2)

M. Chevrette: Mais en débarrant toutes les portes, vous savez ce qui rentre.

M. Iglesias: C'est ça, c'est ça, mais...

M. Trudel: C'est une auberge espagnole, après ça.

M. Côté (Charlesbourg): Ça marche, la proposition, là?

Une voix: Oui.

M. Charlebois: À l'exception des plaintes.

M. Chevrette: On peut adopter 154, on pourrait même l'adopter aujourd'hui.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, donc il y aurait, pour notre bonne compréhension, à l'article 154, trois amendements. Le premier se retrouverait au 1° de 154 et on insérerait, après "la qualité" dans la première ligne, les mots "y compris la pertinence". Alors que le deuxième serait dans l'alinéa qui suit le onzième, qui se lirait maintenant comme suit: "Dans l'exercice des fonctions décrites aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa à l'exception du traitement d'une plainte, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens peut, avec l'autorisation du conseil d'administration, avoir recours à un expert." Le troisième est à l'avant-dernier alinéa, qui se lirait maintenant comme suit: "Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose l'établissement."

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Joly): Donc, nous retirons le premier amendement sur l'article 154 pour le substituer par celui que vous venez de nous lire, comprenant les modifications dont vous nous avez fait mention.

Donc, est-ce que l'amendement à l'article 154 est adopté?