



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mardi 21 octobre 2014 — Vol. 44 N° 8

Consultations particulières sur projet de loi n° 10 — Loi
modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la
santé et des services sociaux notamment par
l'abolition des agences régionales (2)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mardi 21 octobre 2014 — Vol. 44 N° 8

Table des matières

Auditions (suite)	1
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	1
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	12

Intervenants

M. Marc Tanguay, président

M. Gaétan Barrette

Mme Diane Lamarre

M. Éric Caire

Mme Françoise David

* Mme Lucie Tremblay, OIIQ

* Mme Ginette Bernier, idem

* M. Louis Godin, FMOQ

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 21 octobre 2014 — Vol. 44 N° 8

Consultations particulières sur projet de loi n° 10 — Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2)

(Dix heures onze minutes)

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

La commission est réunie afin de procéder aux consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. Mme Richard (Duplessis) est remplacée par M. Pagé (Labelle).

Auditions (suite)

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Nous allons débiter nos travaux, ce matin, avec les représentantes de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, et par la suite nous entendrons les personnes représentant la Fédération des médecins omnipraticiens, dis-je bien, du Québec.

Donc, je vous souhaite la bienvenue. Pour les fins d'enregistrement, je vous demanderais de bien vouloir vous identifier, et par la suite vous disposerez d'une période de 10 minutes pour faire votre présentation. Alors, la parole est à vous.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Mme Tremblay (Lucie) : ...Lucie Tremblay...

Une voix : ...

Mme Tremblay (Lucie) : Pardon.

Le Président (M. Tanguay) : Ah! un instant, s'il vous plaît. Oui?

Mme Lamarre : Excusez-moi. Compte tenu de l'heure à laquelle nous débutons et de l'importance d'entendre les gens qui se déplacent pour venir nous présenter... est-ce qu'on peut demander s'il y a un consentement pour aller jusqu'à, finalement, 12 h 10 ou 12 h 12, là, pour assurer à chaque groupe et à chaque représentation le temps de bien s'exprimer et de répondre à nos questions?

Le Président (M. Tanguay) : Consentement? Consentement. Consentement. Alors, merci beaucoup. Alors, enfin, nous vous écoutons pour votre 10 minutes. Merci beaucoup.

Mme Tremblay (Lucie) : Alors, je suis Lucie Tremblay, je suis la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Je suis accompagnée aujourd'hui de ma collègue Ginette Bernier, qui est vice-présidente de l'ordre, de Rita Cavaliere, qui est directrice-conseil à l'ordre, et de Nathalie Maurais, membre du conseil d'administration.

Alors, M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les parlementaires, merci de nous accueillir aujourd'hui pour entendre les commentaires qu'on fera sur le projet de loi n° 10. Vous comprendrez qu'avec le temps qui nous a été alloué à la préparation on n'est pas allées au bout de nos réflexions, mais on trouvait ça tellement important d'être ici pour vous parler de ce changement majeur là et de l'importance sur la gouverne en soins infirmiers qu'on a décidé de se présenter aujourd'hui. On vous a présenté un sommaire exécutif de nos commentaires, et au cours des prochains jours nous vous ferons parvenir un mémoire.

Alors, vous savez, les 73 000 infirmières et infirmiers du Québec, c'est une force vive du réseau de la santé. Elles jouent un rôle dans le fonctionnement du système de santé, elles ont un apport au développement de soins de qualité et une contribution dans la transformation du réseau. Elles sont... — «elles» parce qu'on parle presque toujours au féminin, à l'Ordre des infirmières et infirmiers — elles sont 57 000 infirmières à travailler dans le réseau, à peu près 50 % de l'effectif, et elles sont là du début de la vie jusqu'au dernier souffle.

Alors, comme partenaire du réseau de la santé, l'Ordre des infirmières tenait à affirmer son appui par rapport à l'objectif du projet de loi qui est de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficience du réseau. Alors, l'actualisation

des changements prévus représente, à notre avis, un défi important, et nous considérons que ces changements doivent nous mobiliser vers une transformation de l'organisation des services dans un véritable réseau intégré de soins avec le potentiel de favoriser l'accès à des soins de proximité, la coordination entre les différents services, de continuité de soins entre la première ligne et les spécialités. Ce projet, il doit être porteur puis il doit assurer une prestation sécuritaire des soins.

Alors, ces changements vont avoir un impact important sur la gouvernance en soins infirmiers, et ce, par rapport au nombre d'établissements, aux rôles et responsabilités des directions de soins infirmiers, des conseils des infirmiers et infirmières et des commissions infirmières régionales. Alors, à l'ordre, on a toujours soutenu une gouvernance en soins infirmiers forte, parce que c'est garant de la qualité et de la sécurité des soins. On croit que c'est essentiel pour la réussite d'une transformation, et d'une transformation aussi majeure. Puis ça permet de tenir en compte l'évolution des besoins de santé de la population, qui doit migrer davantage vers des soins de proximité intégrés, et ça doit aussi assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources. Dans cette perspective-là, nous présentons nos commentaires, qui se veulent un apport à la compréhension de l'importance de la gouvernance en soins infirmiers, aux réflexions pouvant aider à définir les travaux menant à la mise en place de ces réseaux-là. Alors, aujourd'hui, notre propos se limite à la gouvernance en soins infirmiers. On va avoir cinq recommandations à vous faire.

On veut juste vous rappeler, d'abord, que la prestation en soins infirmiers, c'est 24 heures par jour, sept jours par semaine partout dans le continuum de soins. Alors, les soins infirmiers sont offerts dans des milieux variés. L'infirmière, par son champ d'exercice, elle coordonne aussi d'autres professionnels, d'autres professionnels de soins mais d'autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire.

Alors, pour assurer l'efficacité de ce travail-là, la Direction des soins infirmiers utilise différentes méthodes, et mes collègues, qui, d'une part, ont eu de l'expérience comme directrices de soins et qui a de l'expérience comme directrice de soins, pourraient vous donner des exemples plus concrets lors de la période de questions, mais les directrices de soins, ça déploie des protocoles de soins, des méthodes de soins, des règles de soins, des ordonnances collectives, et l'harmonisation puis le déploiement de ces outils, ça favorise la qualité et la sécurité des soins. Alors, cette direction-là qui est au coeur même des systèmes de santé performants développe et met en oeuvre tous ces outils-là. Elle les diffuse auprès de tous les membres de l'équipe, mesure les résultats atteints puis fait les ajustements qui sont requis. En un seul mot, là, la Direction des soins infirmiers et la directrice des soins infirmiers sont imputables de la qualité des soins.

Alors, la création des établissements régionaux va avoir des impacts importants sur l'étendue des responsabilités des directrices de soins et sur le besoin d'organisation des directions de soins infirmiers. Alors, à l'heure actuelle, les responsabilités des DSI sont exercées dans un établissement où il y a une ou quelques installations, alors que, dans le prochain modèle, bien ce sera plusieurs installations. Dans le modèle actuel, les directions de soins supervisent quelques centaines d'infirmières, jusqu'à 3 000 dans les établissements qui sont à mission universitaire, alors que, dans le nouveau système, le plus petit CISSS aura 500 infirmières alors que le plus gros ici, dans la Capitale-Nationale, va avoir pas loin de 7 600 infirmières. Donc, c'est à géométrie variable dans le système, mais c'est neuf régions où est-ce qu'il va y avoir plus de 2 000 infirmières.

On est capables de vous parler des infirmiers et des infirmières, mais c'est aussi des infirmières auxiliaires, des préposés, toute une équipe de soins qui oscille alentour de la Direction des soins. Donc, c'est un nombre très important de personnes. Alors, la Direction des soins infirmiers, elle contribue à l'efficacité du réseau en s'assurant que c'est le bon professionnel qui est au bon endroit au bon moment, qui exerce complètement son champ d'exercice, pour s'assurer que les trajectoires de soins soient les plus fluides possible.

Alors, on constate depuis quelques années que, même si c'est dans la loi actuelle, il y a des établissements de santé qui ne nomment pas de directeur de soins, et ça, ça peut avoir des conséquences importantes sur la qualité. Alors, il faut non seulement contraindre ce problème-là actuel... Et ce que l'ordre demande au ministre, c'est de s'assurer que tous les établissements régionaux et suprarégionaux respectent la loi et nomment un directeur de soins infirmiers, que ce directeur de soins infirmiers là soit une infirmière ou un infirmier et qu'il dispose... que les dispositions, pardon, des articles 207 et 208 de la loi s'appliquent à tous les établissements.

Alors, le projet de loi prévoit que le ministre peut, par règlement, prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle. On souhaite que le ministre s'assure justement d'une présence d'une direction de soins infirmiers, parce que toutes les études démontrent que la structure organisationnelle en soins infirmiers, elle a un impact sur les résultats de soins à la population. Ce que ça permet de faire, c'est de créer des environnements de soins qui sont plus sains, mais aussi ce que ça permet de faire, c'est d'attirer et de retenir les infirmières. Donc, ça permet une meilleure prestation de soins. Alors, l'ordre demande, en lien avec l'article 130 du projet de loi n° 10, que le ministre prévoie une direction de soins infirmiers puis que ce directeur de soins infirmiers là soit accompagné d'une équipe suffisante, avec des expertises cliniques requises, qui fasse partie de la structure organisationnelle.

• (10 h 20) •

Alors, la remise en question, pour des raisons budgétaires, de postes d'infirmière en pratique avancée, notamment des infirmières cadres, présente un risque sérieux, actuellement, à la capacité des directions de soins d'assurer ce bon fonctionnement-là. Les infirmières en pratique avancée comme les infirmières cadres agissent à titre d'expert clinique et d'agent de changement, elles planifient, développent et mettent en oeuvre en collaboration interdisciplinaire des nouvelles approches, des programmes de soins. Juste, par exemple, tout le déploiement de programmes comme l'approche adaptée à la personne âgée dans les milieux de soins, la transformation des pratiques en amenant les infirmières davantage en proximité, les infirmières en GMF, l'appréciation de la qualité mais aussi être en soutien aux infirmières qui donnent des soins au chevet des malades, ça fait partie de toute la contribution de ces infirmières en pratique avancée là. Donc, elles identifient, déploient, uniformisent, évaluent l'implantation des pratiques à travers tout le continuum de soins.

Encore ici, il y a plein d'études qui démontrent que les infirmières en pratique avancée jouent un rôle absolument critique dans la prestation sécuritaire des soins et ont une influence pour améliorer cette prestation-là mais aussi

l'efficacité de la prestation. Alors, l'ordre demande que le ministre s'assure que les établissements mettent en place les conditions pour que les DSI et leurs équipes cliniques, notamment les infirmières de pratique avancée, puissent assumer leurs rôles et responsabilités de façon efficace. Ce déploiement est absolument nécessaire, à notre avis, pour créer un environnement qui favorise la prestation sécuritaire des soins, le développement d'une pratique professionnelle de qualité, l'émergence de projets cliniques novateurs dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.

Alors, comme nous l'avons démontré, pour assumer leurs responsabilités, les DSI doivent continuer à influencer le développement des pratiques de soins et de l'organisation des services dans les établissements du réseau. Elles réalisent ceci en collaboration avec les CII et les CIR. Et nous notons que, dans le projet de loi, il y a un membre de la commission infirmière qui siège au conseil d'administration, alors on appuie évidemment cette décision. À notre avis, les CII contribuent au maintien, voire à l'amélioration de la pratique infirmière, ainsi qu'à la qualité et la sécurité des soins dans les établissements. Alors, la création des CISSS, comme je le disais tantôt, fait en sorte que l'étendue va être beaucoup plus vaste, et c'est important, à notre avis, que, compte tenu de cette ampleur-là, les responsabilités des CII dans la nouvelle configuration, que... Ça se bouscule à la sortie! Dans la nouvelle configuration, on demande que le ministre... on demande au ministre que les CII disposent des conditions nécessaires au sein de la structure organisationnelle pour exercer efficacement leur rôle.

On note aussi qu'il y a une commission infirmière régionale. À notre avis, c'est une commission qui est essentielle. Cependant, même si les responsabilités demeurent les mêmes, compte tenu qu'il va y avoir moins de gens qui vont être disponibles puisqu'il va y avoir moins d'établissements, moins de directrices de soins, moins de représentants des différents CII, c'est important, à notre avis, pour pouvoir exercer leur mandat, que les gens qui sont à cette commission infirmière régionale là soient en nombre suffisant pour exercer leur mandat. Alors, on demande que le ministre précise à l'article 154 du projet de loi que le nombre de personnes prévu dans la composition de ces commissions, tel que défini dans l'article 370.1 de la loi, soit maintenu, afin qu'elle soit en mesure de réaliser pleinement son mandat.

Alors, en...

Le Président (M. Tanguay) : En conclusion. Je vous demanderais de conclure. Quelques secondes. Merci.

Mme Tremblay (Lucie) : Oui, je conclus. Alors, on peut dire que le projet de loi peut avoir un potentiel de poursuivre la transformation de l'organisation des services et de devenir un véritable réseau intégré de services. Toutefois, cette transformation-là ne peut pas se réaliser sans l'apport concerté de toutes les instances décisionnelles qui contribuent à l'amélioration des soins de santé. Alors, au-delà des changements de structure — et je pense que c'est le point le plus important — cette transformation-là doit s'accompagner de processus pour favoriser l'accès aux soins et l'utilisation optimale des ressources des réseaux.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, merci beaucoup. Mon rôle est ingrat, je dois malheureusement faire respecter le temps. Et vous aurez l'occasion de poursuivre lors des réponses. Et s'enchaîne immédiatement, donc, une période d'échange avec le ministre notamment et les députés de la banquette ministérielle pour un bloc de 22 minutes. Et, sans plus tarder, je cède la parole au ministre.

M. Barrette : Bonjour, Mme Tremblay. Mesdames. Merci d'être venues aujourd'hui avec un si court délai de préparation. Je conviens avec vous que ça aurait été préférable d'avoir un peu plus de temps, mais les circonstances sont ce qu'elles sont.

D'entrée de jeu, bien, je suis bien content des commentaires que vous venez de faire, et, je peux vous rassurer, on va dans la même direction. Les points que vous avez soulevés sont des points qui sont tout à fait pertinents, d'une part. Et, d'autre part, c'est dans notre objectif de faire en sorte que ce que vous mettez de l'avant ou vous avez mis de l'avant dans les derniers instants... C'est quelque chose qu'on veut mettre de l'avant nous-mêmes. Alors, je suis tout à fait d'accord avec vous qu'il doit y avoir une implication du personnel infirmier, et tant dans la direction — et ça, on s'entend là-dessus — que dans l'organisation des soins. Et je suis d'accord avec vous que votre rôle est tout à fait essentiel pour assurer à la fois l'accès et la fluidité dans le système. Et j'ai été bien content que vous abordiez la question de la sécurité aussi, parce que c'est un élément qui est très important.

Maintenant, j'aurais aimé ça, si c'est possible pour vous, de vous entendre sur les... sur actuellement, parce qu'on regarde ce qui se passe actuellement et on regarde où on veut aller, qui est essentiellement dans la même direction que ce que vous venez d'exprimer, et on voudrait essentiellement essayer de corriger des problématiques qui existent actuellement. Et, en regard de l'article 206 de la loi, dans votre lecture, qu'est-ce qui fait qu'actuellement ces ressources-là, ces structures-là ne soient pas déployées à la hauteur que ça devrait être?

Mme Tremblay (Lucie) : Je pense que, dans certaines situations, le rôle est dilué, qui fait en sorte que les directeurs et les directrices de soins ne peuvent pas nécessairement aller jusqu'au bout de ce qu'ils pourraient faire, et ils n'ont pas nécessairement toutes les ressources qui sont mises en place pour pouvoir déployer à leur pleine capacité. Et c'est pour ça que, quand on dit... Une direction de soins infirmiers, pour nous, c'est primordial. Le rôle qui est défini dans la loi fait en sorte que ça assure une prestation sécuritaire de soins, mais ça ne peut pas être la panacée d'une seule personne, ça doit s'accompagner de gens qui vont aller déployer ça à travers tout le continuum.

Vous savez, tantôt je donnais l'exemple de l'approche à la personne âgée. Bien, ça ne peut pas juste être une philosophie qui est en l'air comme ça, il faut qu'il y ait des gens qui soient là, qui soient des porteurs de dossier, qui

amènent le déploiement sur le terrain, le déploiement auprès des infirmières, des infirmières auxiliaires, des préposés mais aussi des gens qui oscillent alentour de toute l'équipe de soins. Et, pour faire ça, ça prend des gens qui ont une formation en pratique avancée, comme je le disais tantôt, qui soient constamment là, qui soient sur le terrain, proche, pour pouvoir s'assurer d'un plein déploiement.

Je ne sais pas, M. le Président, si mes collègues, qui ont de l'expérience très proche du terrain, peuvent ajouter un commentaire.

Le Président (M. Tanguay) : Tout à fait, tout à fait. Avec plaisir.

Mme Bernier (Ginette) : Je reprends l'exemple de Mme Tremblay par rapport à l'approche adaptée. Ce qui est visé avec l'approche adaptée personnes âgées, c'est vraiment que la personne âgée qui rentre à l'hôpital puisse ressortir puis retourner chez elle. On veut éviter ce qu'on appelle un déclin fonctionnel, donc une perte d'autonomie qui va faire que, quand elle va avoir son congé, elle va être obligée d'attendre un placement parce qu'elle va avoir perdu trop d'autonomie. Donc, le programme, l'approche adaptée personnes âgées viserait vraiment à mettre en place un processus de soins qui va éviter ça.

Je vous donne juste un exemple : une personne âgée, une journée alitée, c'est une semaine de réadaptation. Vous en avez probablement déjà entendu parler. Donc, quand on parle que l'équipe de soins doit travailler à ce que le processus, que l'approche soit mise en place puis se réalise vraiment, bien on part de la formation de l'ensemble de notre personnel, autant nos infirmières que nos infirmières auxiliaires, que nos préposés, ça va même jusqu'aux gens qui font l'entretien ménager, pour qu'ils comprennent les principes qu'il y a derrière l'approche.

Et elles soutiennent les gens au jour le jour, au moment où on applique l'approche, mais on va plus loin que ça. Après ça, on évalue, on fait des audits puis on évalue pour voir : Est-ce qu'on a les résultats attendus? Parce que c'est ce qu'on vise. Ça fait que, si on n'a pas les résultats attendus, on va réajuster puis on va aller voir où est-ce que ça accroche. Mais il faut être présent sur l'unité. Et les gens qui font les soins directs, bien ils ont leurs tâches à faire, mais, la surveillance puis le soutien pour recadrer les choses au fur et à mesure, bien il faut que l'équipe qui accompagne la Direction des soins soit là puis puisse se déployer sur le terrain.

Mme Tremblay (Lucie) : Si vous me permettez, M. le Président, je vais conclure. Vous avez demandé pourquoi ça ne se déploie pas en ce moment. Il y a des endroits où est-ce que ça se passe très bien, où est-ce que justement il y a une gouverne forte avec des équipes qui sont capables de le déployer. Dans d'autres endroits, les... pardon, voyons, les obstacles sont le fait que le rôle est tellement dilué avec d'autres fonctions que c'est à peu près inhumain, pour une seule personne avec très peu de collaborateurs, de déployer pleinement. Et, dans certaines autres situations, il n'y a carrément pas de direction de soins infirmiers, donc il n'y a personne qui est imputable de s'assurer de ces déploiements-là.

Et, sur le court terme, il peut ne pas y avoir d'impact sur la qualité. C'est sur le long terme, sur tous les événements qu'on est capable de prévenir avec une gouverne forte que les événements arrivent sur le long terme.

M. Barrette : O.K. Donc, je comprends de votre propos qu'actuellement la problématique en est une de ressources humaines.

Mme Tremblay (Lucie) : En est une d'organisation de services quand la personne doit cumuler tellement de fonctions en même temps. Donc, comment on établit les priorités, mais aussi de s'assurer qu'il y ait une synergie au sein de son équipe puis qu'elle ait les gens en nombre suffisant et avec les qualifications nécessaires.

• (10 h 30) •

M. Barrette : Je peux vous rassurer sur un point : La question d'avoir une direction des services infirmiers, des soins infirmiers qui soit forte, je suis tout à fait d'accord avec vous, et c'est une chose que l'on vise.

Sur les éléments que vous nous avez amenés, j'imagine que c'est un parallèle que l'on peut faire, qui est probablement le même. Quand vous nous dites que vous voulez qu'on s'assure que les CII disposent des conditions nécessaires pour exercer efficacement leur mandat, on fait référence à la même chose, on fait référence aux équipes, évidemment, là?

Mme Tremblay (Lucie) : Des équipes, des ressources. Permettre à ces gens-là qui siègent dans ces conseils qu'ils puissent avoir le temps pour effectuer leur mandat.

M. Barrette : O.K. Et, quand vous faites référence à l'article 154, est-ce que, là, il y a un chevauchement ou... Vous visez vraiment que ce soient des CII et des CIR ou, comme on est dans un établissement plutôt régional, est-ce que vous visez à ce que la structure soit modifiée un peu, eu égard à l'article 154?

Mme Tremblay (Lucie) : Nous, de la façon qu'on le voit en ce moment, c'est deux mandats différents, celui du CII et du CIR, et on pense que c'est pertinent de garder ces deux instances-là, le CII faisant l'appréciation de la qualité de l'acte plutôt localement et la CIR, toute l'organisation des services. Et, dans ces grands établissements là, les dirigeants vont avoir besoin de cet éclairage sur l'organisation des services. Pour nous, la présence du CII et de la CIR, ça demeure très pertinent.

M. Barrette : Parfait. Vous nous avez dit, dans votre introduction, que vous aviez vu la possibilité d'une plus-value dans le projet de loi quant à l'intégration des soins. Puis, lorsque la cloche a sonné, à toutes fins utiles,

vous alliez aborder la question de l'accès et du rôle de l'infirmière là-dedans, et malheureusement la cloche a sonné, et la parole m'a été donnée, mais j'aimerais ça vous redonner la parole pour que vous puissiez aborder ce sujet-là avec nous.

Mme Tremblay (Lucie) : Pour nous, la question de l'accès, c'est primordial. En ce moment, un des défis les plus importants qu'on a, dans le réseau de la santé, c'est ce problème d'accès, et il faut vraiment donner un coup de barre pour s'assurer que la communauté, que la population ait des soins de proximité pour éviter une congestion de notre réseau, pour que les gens puissent recevoir les soins le plus rapidement possible.

Alors, est-ce que ce projet de loi là va favoriser cet accès? Nous, on y voit là l'objectif de la loi. Et est-ce que ces structures permettront une meilleure intégration? J'imagine que, si vous les avez pensées de cette façon-là, c'est que vous y voyez une opportunité de créer une synergie, une fluidité dans le système, mais, pour nous, la structure, ce n'est pas la seule solution, c'est comment va se déployer cette structure-là. Et ça, on aimerait faire partie des discussions, quand viendra le temps d'en faire le déploiement, parce que toute l'organisation des processus, ça va être clé dans le déploiement d'un changement comme celui-là.

Donc, on ne peut pas être contre améliorer l'accès, on sait que c'est le problème le plus important. On veut faire partie des discussions.

M. Barrette : Écoutez, j'aimerais ça que vous puissiez élaborer peut-être un peu, parce que je crois beaucoup à la participation et à l'input, si vous me passez l'expression anglaise, du monde infirmier à l'intégration et à l'accès. De votre point de vue, comment voyez-vous la chose? Qu'est-ce que vous nous suggéreriez en termes d'actions, dans le cadre de ce projet de loi là ou d'autres, pour aller dans la direction d'un meilleur accès mais vu du point de vue des infirmiers et infirmières?

Mme Tremblay (Lucie) : Écoutez, tantôt j'ai dit : Le bon professionnel au bon endroit au bon moment dans la trajectoire de soins. Je pense qu'on n'utilise pas le plein potentiel des infirmières. Notre champ d'exercice est très large, et on peut avoir une contribution extraordinaire, notamment au niveau des soins de première ligne.

Donc, les infirmières sont les seules professionnelles, avec les médecins, qui ont la capacité de faire l'évaluation de la condition physique et mentale, donc elles peuvent jouer un rôle extraordinaire dans les soins de première ligne, de faire des suivis auprès des gens qui ont des maladies chroniques. Et tout de suite me vient l'exemple dans Chaudière-Appalaches où est-ce qu'on a fait ces changements-là et on a diminué de façon considérable les hospitalisations, les visites à l'urgence, des analyses de laboratoire qui n'étaient pas nécessaires. Donc, la présence de ces infirmières-là qui font des suivis de maladie chronique, ça joue un rôle extraordinaire.

Quand vous me demandez comment l'infirmière peut faire la différence, je pense qu'elle peut augmenter l'accès en faisant de l'évaluation, en donnant des soins de première ligne, en s'occupant des problèmes de maladie chronique. Et ça me sidère toujours de réaliser que c'est 50 % de la population du Québec qui a des problèmes de maladie chronique. Alors, c'est à ce niveau-là qu'il faut intervenir, et l'infirmière est très bien placée pour faire ça. Les infirmières, elles assurent des suivis, elles font de l'enseignement, elles assurent une relance. Et, vous savez, les systèmes de santé les plus performants ont investi à ce niveau-là, en utilisant l'infirmière de proximité pour donner les services à la population, avec tous les effets que je viens de vous nommer, de dire qu'elle a un impact, là, sur les hospitalisations et sur les visites à l'urgence.

Un autre endroit où les infirmières jouent un rôle crucial... Puis certains d'entre vous m'avez entendue parler de la présence des infirmières en CHSLD, lors d'une autre commission, mais les infirmières en CHSLD jouent un rôle très important, évitent, elles aussi, les visites à l'urgence, évitent des transferts inutiles. Et on travaille en ce moment avec le ministère sur des projets d'infirmières praticiennes spécialisées en CHSLD. Nous, on pense que c'est de favoriser l'accès.

Parlant d'infirmières praticiennes spécialisées, évidemment, la présence de ces infirmières praticiennes spécialisées là en plus grand nombre, c'est une solution pour améliorer l'accès aux services de santé.

Alors, si je me résume, des infirmières dans la proximité qui font des suivis des maladies chroniques, qui améliorent l'accès, mais aussi des infirmières en CHSLD, la présence d'infirmières praticiennes, pour nous, c'est une combinaison qui est gagnante.

M. Barrette : Donc, est-ce que je peux conclure que, de votre point de vue, un CISSS qui aurait la mission d'intégrer l'accès ainsi que la fluidité de façon conjointe avec une direction des soins infirmiers forte aurait là une plus-value significative pour le patient dans l'organisation des soins?

Mme Tremblay (Lucie) : Je vais faire preuve d'une petite prudence ici, Dr Barrette. Je pense que la structure peut nous amener là à condition qu'il y ait un déploiement qui se fait et qu'on s'assure que les bons processus sont mis en place pour réaliser ça. La structure à elle seule, là, ça ne change jamais rien, c'est comment on le déploie.

M. Barrette : Je suis d'accord avec vous, c'est là où je voulais aller. Il n'en reste pas moins qu'en quelque part il y a des orientations qui doivent être données. Et ce que je comprends de votre propos, c'est qu'une direction de soins infirmiers forte, avec comme objectif de faire le lien de l'accès jusqu'aux soins plus tertiaires, il y a un rôle significatif à jouer par les infirmières. Et, si les directions sont claires, vous êtes prêtes à participer, il y a une plus-value pour le système.

Mme Tremblay (Lucie) : Les infirmières peuvent définitivement contribuer à améliorer l'accès aux soins. Puis, dans un changement comme celui-là, elles seront au rendez-vous.

M. Barrette : O.K. Est-ce que vous voyez des obstacles dans le projet de loi à ce genre de déploiement là?

Mme Tremblay (Lucie) : Écoutez, comme je vous disais un peu plus tôt, aujourd'hui on s'est vraiment concentrées sur la gouverne. Et on va regarder plus en profondeur et, dans le mémoire, on va ajouter des éléments.

Pour le moment, on n'a vraiment été que sur la gouverne, et les éléments que je vous ai nommés sont ceux qui nous interpellent. Donc, dans ces grands établissements là, il faut se donner les moyens de nos ambitions.

M. Barrette : O.K. Peut-être un autre point. Vous avez fait référence à plusieurs reprises à la question de la formation. Pouvez-vous aller un petit peu plus en détail là-dessus?

Mme Tremblay (Lucie) : Quand on fait référence à la formation, vous savez, quand on fait des grands changements ou des petits changements, c'est important que tout le monde soit sur la même longueur d'onde. Donc, à partir du moment où est-ce qu'on donne une orientation, si on veut que tout le monde coordonne ses activités, bien il faut se donner un plan de match, il faut le diffuser, il faut former les gens. Il faut s'assurer que tout le monde a les arrimages qui sont faits correctement.

Alors, la Direction des soins infirmiers, là, dès l'entrée d'une infirmière dans un établissement, va s'assurer qu'il y a un programme d'orientation qui est fait, qu'il y a du mentorat, qu'il y a du coaching. Mais aussi, tout au long de la pratique, les protocoles de soins changent, les règles de soins changent, l'organisation des soins change; bien, c'est nécessaire aussi d'avoir des programmes de formation pour s'assurer de ça.

Tantôt, on vous parlait de l'approche adaptée aux personnes âgées, mais, si on pense, par exemple, à des programmes de prévention du risque de chute, bien, quand on prend, comme organisation, une décision pour prévenir de tels problèmes... Parce qu'une chute, ça a de l'air banal comme ça, mais il y a des gens qui meurent des conséquences de leur chute. Alors, quand on développe un programme de soins, bien comment on fait pour s'assurer que tous les gens, tous les acteurs, de jour, de soir, de nuit, à travers tout le continuum de soins ont reçu la formation nécessaire pour harmoniser leurs interventions? Là, j'ai pris un petit programme, mais c'est aussi vrai pour les grands programmes.

• (10 h 40) •

M. Barrette : En termes de contrôle de qualité et de contrôle de la pratique et toutes les choses qui viennent, donc, dans la gouverne, là, du contrôle de l'acte, de la qualité de l'acte infirmier, est-ce que le fait d'être dans une structure régionalisée vous pose un problème ou non?

Mme Tremblay (Lucie) : Au niveau de la qualité, comme je vous disais, c'est dans le déploiement que les choses vont se faire, s'assurer que les bonnes ressources sont là, qu'on se donne les outils pour réaliser cette mission-là. Et vous le savez, Dr Barrette, parce qu'on en a déjà discuté : pour moi, la mesure des résultats est essentielle. Ce serait vraiment dommage qu'on vive une transformation sans mesurer c'est quoi, les impacts réels sur l'état de santé de la population. Il faut se donner les outils pour le faire.

Je pense qu'on peut collaborer, on peut suggérer des outils. Et, en soins infirmiers, on a depuis des décennies des indicateurs qui sont des indices de qualité de soins, donc de la qualité des soins qui sont donnés à la population. On peut penser aux infections nosocomiales, les plaies, les chutes. Ce sont des indicateurs qui nous donnent un indice : Est-ce qu'on répond bien aux besoins de la population?

M. Barrette : Est-ce que vous trouvez qu'actuellement le système en fait assez sur ce plan-là?

Mme Tremblay (Lucie) : C'est bien dommage, parce qu'il y a beaucoup d'initiatives qui sont faites localement, mais on n'a pas un portrait d'ensemble de la situation puis on n'est pas capables de mesurer à large échelle les résultats. Donc, c'est difficile de faire des suivis. On fait des interventions, je pense, avec les meilleures intentions du monde, mais on a de la difficulté à aller mesurer le résultat sur le terrain.

M. Barrette : Vous, vous êtes un ordre professionnel, donc évidemment vous avez la mission de protéger le public et de faire le contrôle de qualité de vos membres. Hier, le Collège des médecins se présentait ici et nous disait qu'avant même qu'arrive le projet de loi ils commençaient à regarder leur mission sur une base... leur approche de leur mission sur une base plutôt régionale, bon, et le projet de loi n° 10 est arrivé un peu en même temps. Est-ce que vous autres, vous avez un parallèle que vous faites à cet effet-là?

Mme Tremblay (Lucie) : Je ne sais pas ce que Dr Bernard vous a présenté hier.

M. Barrette : Il nous faisait référence au fait qu'actuellement ça devenait de plus en plus soit difficile, soit qu'il y avait une plus-value à regarder la problématique de la qualité sur une base plus régionale que locale.

Mme Tremblay (Lucie) : On n'a pas encore fait cette démarche-là.

M. Barrette : Vous n'êtes pas rendues là?

Mme Tremblay (Lucie) : Non.

M. Barrette : Mais le fait d'avoir une organisation régionale, pour vous, dans le cadre de l'optique que vous... dans l'optique, plutôt, je m'excuse, de ce que vous venez de dire, où là vous pouvez peut-être plus mesurer... où vous voudriez plus mesurer dans des grands ensembles des effets plus systémiques, est-ce que ça vous paraît être un avantage, pour vous, ce mode d'organisation là?

Mme Tremblay (Lucie) : Ce serait définitivement à évaluer.

M. Barrette : Ce serait... Pardon?

Mme Tremblay (Lucie) : À évaluer.

M. Barrette : À évaluer. Parfait, O.K. Moi, ça fait le tour, M. le Président, de mes interventions.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Merci, monsieur...

M. Barrette : Merci, madame.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Alors, nous allons maintenant passer à la représentante de l'opposition officielle, la députée de Taillon, pour un bloc de 13 min 15 s.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, bienvenue. Merci d'être là, Mme Tremblay, Mme Cavalière, Mme Bernier, Mme Maurais, merci, parce que vraiment je sais que les délais ont été très, très courts. Et je tiens à exprimer que nous aussi, au niveau de l'opposition, on est très déçus de la précipitation avec laquelle les consultations ont été demandées. Et c'est nos collègues du gouvernement qui voulaient débiter les travaux, les consultations, même deux semaines plus tôt qu'aujourd'hui... qu'hier, en fait, et nous sommes d'accord avec vous que le délai qui a été exigé est beaucoup trop court pour un projet d'une telle envergure, qui remet en question toutes les structures. Et je pense que le fait qu'on vous oblige à présenter sans avoir un mémoire, c'est un manque de respect à l'endroit des organisations, qui ont une réflexion sérieuse et complète à apporter à cette commission-là. Donc, tout comme vous, sachez que je déplore énormément la précipitation qui nous a été imposée à tous. Je vous dirais même qu'on a eu... vous avez deux semaines de grâce, grâce à nos interventions de l'opposition officielle.

Alors, c'est une réforme qui bouscule beaucoup de choses, qui a beaucoup de non-dit, parce qu'on sait que le projet de loi n° 10 est seulement un premier morceau de quelque chose auquel vont se greffer plusieurs autres choses. Donc, on nous demande un peu de travailler sur un modèle qui pourrait, à la limite, de ce qu'on entend maintenant, puisque c'est un modèle transitoire, être remodelé. Donc, c'est un petit peu décourageant, parce qu'on se dit : Si on réussit à faire faire des amendements maintenant, il y aura encore la possibilité de remodifier ces amendements-là. Alors, ce n'est pas très stimulant, mais on va y travailler avec beaucoup de détermination, de conviction et de professionnalisme, comme on est capables de le faire.

Donc, je veux vous dire qu'on partage tout à fait la préoccupation de l'accessibilité. Vous savez, je suis porte-parole de l'opposition en santé et accessibilité aux soins, donc on partage énormément votre préoccupation et surtout les attentes de la population par rapport à ce besoin d'un meilleur accès. Et je vous avoue que, dans un contexte comme celui-là, c'est comme si en attendant de la visite on décidait de faire un gros ménage puis de transformer les murs de la maison. Alors, on attendrait qu'on puisse recevoir les gens et mettre la priorité sur les corridors d'accès, sur des initiatives et des innovations au niveau de l'accès. Je pense que les infirmières peuvent définitivement contribuer énormément à cette amélioration de l'accessibilité. Et malheureusement c'est comme si on mettait un élément d'obstacle avant de permettre des actions qui sont pourtant à portée de main, on l'a vu dans plusieurs autres États américains, dans d'autres provinces, dans d'autres pays.

Alors, moi, j'essaie de regarder, de voir... D'abord, la première question, je veux vous demander : Est-ce que vous avez été consultées par rapport au projet de loi n° 10? Vous faites partie intégrante de tout notre système de santé. Est-ce que vous avez été consultées avant?

Mme Tremblay (Lucie) : Non, on n'a pas été consultées avant.

Mme Lamarre : Je vous remercie. Maintenant, si je regarde, actuellement l'article 1 de ce projet de loi là indique que c'est un projet qui est axé sur la proximité et la continuité des services. Vous avez regardé scrupuleusement chaque article, là, on le voit dans votre étude puis on connaît votre rigueur. Pouvez-vous me dire quels articles vous permettent de prédire qu'il va y avoir une amélioration de la proximité des services dans le projet de loi n° 10?

Mme Tremblay (Lucie) : Alors, Mme Lamarre, comme je le disais tantôt, on voit que c'est un changement au niveau de la structure. On s'inscrit dans les objectifs de cette loi-là, mais je pense que c'est important de voir comment va se faire le déploiement, et ça, on n'a pas nécessairement toutes les réponses. On ne les a pas trouvées dans ce projet de loi là, qui traite vraiment de la structure.

Mme Lamarre : D'accord. Donc, tout comme nous, vous êtes un peu perplexes par rapport à la conformité ou la garantie qu'on a que cette réforme, par le biais du projet de loi n° 10, en tout cas, nous donne les indicateurs pour constater qu'on a vraiment... qu'on aura immédiatement et rapidement une amélioration de la proximité des soins.

Mme Tremblay (Lucie) : Pour nous, là, c'est un changement dans la structure. C'est dans les prochaines étapes que vont se jouer les éléments, comment ça va se déployer, comment ça va être organisé sur le terrain. En ce moment, le projet de loi traite de la structure, et c'est dans ce cadre-là qu'on est venues se prononcer sur la gouverne, parce que, pour pouvoir, justement, offrir des services de qualité, pour pouvoir offrir des services de proximité, pour pouvoir avoir une accessibilité aux soins, nous, on pense que les dirigeants doivent être éclairés et qu'il doit y avoir des ressources qui éclairent ces dirigeants-là, pour être convaincu, pour être certain que c'est les bonnes ressources qui sont déployées sur le terrain et qu'on utilise aussi l'ensemble de l'expertise de ces gens-là.

Vous y avez fait référence. Est-ce qu'on utilise toujours l'ensemble de l'expertise infirmière? Malheureusement, je ne pense pas que ce soit le cas. Et d'utiliser cette expertise-là, d'utiliser l'ensemble du champ d'exercice, ça va augmenter l'accessibilité aux soins, puis c'est un besoin qui est criant dans la population.

Mme Lamarre : Je pense que tout le monde reconnaît cette pertinence d'actualiser la contribution des infirmières et des professionnels. Le Québec a formé, depuis 40 ans, énormément de nouveaux professionnels qui sont capables de participer différemment aux soins de santé, et malheureusement on semble les confiner dans des rôles beaucoup plus traditionnels et avoir beaucoup de difficultés à innover à ce niveau-là.

Mme Tremblay (Lucie) : ...néanmoins il y a des expériences intéressantes qui ont eu lieu sur tout le territoire québécois.

Mme Lamarre : Absolument.

Mme Tremblay (Lucie) : Est-ce qu'on peut se donner l'opportunité de prendre ces expériences-là, de les intégrer et de les déployer à plus large échelle? Je pense que chacun des Québécois et des Québécoises en bénéficierait.

• (10 h 50) •

Mme Lamarre : Je suis tout à fait d'accord avec vous et je pense qu'effectivement on a besoin de... Mais je vois malheureusement encore difficilement comment le projet de loi n° 10 va vous donner les garanties que vous espérez par rapport à cette reprise de ces activités-là, mais je pense qu'on pourra faire un suivi rigoureux à ce niveau-là.

Je sais que les infirmières sont beaucoup impliquées aussi dans plusieurs programmes qui ne sont pas toujours considérés comme les programmes les plus spectaculaires du système de santé. Vous avez énormément de mérite dans l'accompagnement, par exemple, des gens qui ont des déficiences physiques, des déficiences intellectuelles chroniques, dans les enjeux de santé publique.

Vous avez vu que, dans le projet de loi n° 10, le ministre transfère 20 millions qui étaient en santé publique, répartis dans les régions, et qui... il enlève ce 20 millions et... Donc, il recentralise, mais il enlève 20 millions. Dans le 220 millions d'économies associé au projet de loi n° 10, il y a 20 millions qui appartenaient à la santé publique et qu'il évacue des régions.

Mme Tremblay (Lucie) : De façon plus micro, quand on parle d'une gouverne en soins infirmiers forte, nous, on espère pouvoir influencer, décider de façon à ce que justement les services soient rendus au bon endroit dans tout le continuum de soins, de la prévention jusqu'aux soins de fin de vie. Et c'est pour ça qu'on pense que c'est si important d'avoir cette présence-là; pour pouvoir éclairer, pour pouvoir prendre les bonnes décisions, pour pouvoir coordonner, assurer la fluidité. Et, pour nous, cette directrice de soins là, elle joue un rôle primordial.

Est-ce que nous aurons d'autres commentaires dans notre mémoire? Comme je vous l'ai dit tantôt, on n'est pas allées complètement au bout de notre réflexion et, dans le mémoire, on ira avec plus de spécificités.

Mme Lamarre : Si vous avez une chance de nous en parler, en tout cas, dans cette dimension-là, parce que ça relève plus des conséquences budgétaires ou des priorités budgétaires qui accompagnent le projet de loi n° 10.

J'aimerais savoir. Vous avez parlé, là, des CII localement et... Est-ce que vous pouvez me dire, actuellement, de quelle façon se fait la nomination des infirmières au sein des conseils? Comment ça procède actuellement?

Mme Tremblay (Lucie) : Il y a une élection du délégué qui va aller au conseil d'administration au sein des membres du conseil des infirmiers et infirmières.

Mme Lamarre : Donc, c'est le conseil des infirmiers et infirmières d'un établissement qui choisit.

Mme Tremblay (Lucie) : Qui, par élection, choisit.

Mme Lamarre : Alors, la perspective que cette personne-là soit nommée par le ministre, qu'est-ce que ça peut engendrer comme bénéfices ou comme inconvénients? Je vous laisse répondre.

Mme Tremblay (Lucie) : Écoutez, pour nous, ce n'est pas clair que c'est comme ça que ça se passe. Je pense qu'il faut avoir une expertise pointue au niveau de la représentation des soins infirmiers puis il faut s'assurer que ce soit la bonne personne qui siège au conseil.

Mme Lamarre : C'est bon. Dites-moi, je sais que vous avez dit au début qu'il fallait qu'il y ait une cohérence et que les choses soient maintenues comme dans la loi SSS, mais vous voyez que l'article 2 du projet de loi précise que «la présente loi s'applique malgré toute disposition inconciliable de la Loi sur [la] santé et les services sociaux».

À quels éléments vous avez pensé quand vous avez dit : Ça nous inquiète, puis on voudrait être sûrs que ce soit conforme à la loi LSSSS?

Mme Tremblay (Lucie) : Comme je vous disais tantôt, c'est dans notre mémoire que vous allez trouver les réponses à ces questions-là. Comme on s'est concentrées davantage sur l'organisation des services, je pense qu'on pourra répondre davantage à travers notre mémoire.

Mme Lamarre : D'accord. Alors, on se rend compte que le manque de temps nous prive de... Mais on va vous lire très attentivement, soyez-en assurées.

Disons qu'on aurait... vous auriez, dans le contexte actuel, à faire en sorte que les services de proximité soient améliorés, sur quels enjeux vous prioriseriez? Quels enjeux vous...

Mme Tremblay (Lucie) : Bien, au risque de me répéter, je pense qu'il faut vraiment utiliser l'ensemble du champ d'expertise de l'infirmière, de s'assurer qu'on utilise tous ses talents, toutes ses compétences à proximité, donc de déployer des infirmières dans les groupes de médecine familiale, de s'assurer qu'elles travaillent avec une équipe interdisciplinaire, de donner un plus grand accès. Je le disais aussi tantôt, les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne jouent un rôle crucial, la présence d'infirmières en CHSLD fait aussi une différence très importante. Alors, concrètement, là, c'est des choses qui peuvent se faire maintenant, qui vont améliorer l'accès aux soins.

Mme Lamarre : Un des dossiers aussi qui préoccupe beaucoup la population, ce sont les soins à domicile, et ça, actuellement, vous diriez que... Qu'est-ce qui pose obstacle à un plus grand déploiement des soins à domicile?

Mme Tremblay (Lucie) : Et, comme ma collègue a une grande expérience des soins à domicile, je vais lui passer la parole.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, Mme Bernier.

Mme Bernier (Ginette) : Oui. Par rapport aux soins à domicile, c'est sûr que, coordonner les soins, il va falloir voir par rapport au territoire sur lequel on fait la coordination, l'étendue du territoire, pour maximiser le travail d'une infirmière, qu'elle passe du temps à faire le plus possible des soins. Mais il ne faut pas oublier qu'elle coordonne aussi les soins au niveau... Quand elle a un client en soins à domicile, elle doit s'assurer... Dans un premier temps, quand elle fait sa première visite, elle fait l'évaluation du client, elle va déterminer ses besoins, elle va faire son plan... ce qu'on appelle le plan thérapeutique infirmier, et, avec l'équipe avec laquelle elle travaille au soutien à domicile, bien elle va faire la distribution des soins en fonction de l'exigence ou de la complexité des soins qui sont à donner. Si les soins qui sont à donner relèvent plus du champ de pratique de l'infirmière, c'est l'infirmière elle-même qui va y aller. S'il y a une partie qu'elle peut faire faire par une infirmière auxiliaire, bien elles vont travailler en collaboration.

Mme Lamarre : Bien, je constate que vous connaissez bien ça et que vous avez justement une vision qui est très proche d'un petit territoire. Et les besoins en soins à domicile peuvent être différents d'un territoire à l'autre.

Alors, finalement, le fait que les CISSS vont couvrir un territoire immense, si je pense, en Montérégie, de Vaudreuil-Soulanges jusqu'à Sorel, en quoi le projet va-t-il pouvoir contribuer à rapprocher les décisions des caractéristiques de chaque sous-région, de chaque territoire, de chaque ville et village du Québec?

Le Président (M. Tanguay) : En vous rappelant qu'il reste 20 secondes pour ce bloc.

Mme Bernier (Ginette) : Parfait, je vais faire ça bref. C'est pour ça qu'on met l'importance sur comment ça va se déployer. Si on veut assurer des soins sécuritaires puis une coordination de soins correcte pour le client, il faut voir comment on va déployer le projet. On en est là.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, ceci met fin au bloc dévolu à l'opposition officielle. Je cède maintenant la parole au représentant du deuxième groupe d'opposition, le député de La Peltrie, pour une période de 8 min 40 s.

M. Caire : Merci, M. le Président. Bonjour, mesdames. Merci pour votre présentation.

Personnellement, j'aurais envie de revenir essentiellement sur vos recommandations, parce que vous avez attiré notre attention sur différents problèmes qu'on vit actuellement dans le réseau, notamment l'absence de directeur de soins infirmiers dans plusieurs établissements, et je me demandais, de votre point de vue, dans le contexte de la réforme qui est proposée par le ministre... Est-ce que vous voyez cette réforme-là comme facilitante pour répondre à cette obligation-là légale ou, pour vous, ça ne pose pas de différence, là? Parce que, si, dans le contexte actuel, il n'y en a pas, il y a des raisons. Est-ce que ces raisons-là vont être transportées à l'intérieur des CISSS ou vous voyez dans le projet de loi actuel une possibilité de corriger le problème?

Mme Tremblay (Lucie) : Écoutez, quand on regarde, effectivement, il y a quelques établissements de santé au Québec qui n'ont pas de directeur de soins infirmiers, mais c'est, par exemple, quelques-uns sur une possibilité de 200 établissements. Avec 28 CISSS, si c'est quelques-uns qui ne se conforment pas à la loi, bien c'est un grand pan de la population qui ne reçoit pas les mêmes services qu'ailleurs. Donc, il y a définitivement un enjeu là.

J'ai été agréablement... Je reçois de façon très positive les propos du ministre, tantôt, qui confirme que, comme c'est écrit dans le projet de loi, la Direction des soins infirmiers reste, qu'il y aura une gouverne en soins infirmiers forte. Et, pour nous, c'est garant de la qualité des soins. Pour nous, c'était un message très important qu'on voulait venir porter ici pour s'assurer que ce poste-là non seulement est inscrit dans la loi, mais que le ministre va s'assurer que la loi est respectée, ce qui n'est pas nécessairement le cas en ce moment.

M. Caire : Pour rester sur la Direction des soins infirmiers, on comprend que le poste... qu'il y a moins de postes à pourvoir, en théorie, parce qu'il y a moins d'établissements. Ceci étant dit, il y a physiquement le même nombre d'établissements, donc physiquement il va y avoir les mêmes besoins.

Comment doit-on organiser cette fonction-là qui va être maintenant régionalisée, à l'intérieur des établissements, pour s'assurer que le plus grand ensemble ne cache pas le fait que dans les plus petits ensembles, finalement, on n'a rien changé?

Mme Tremblay (Lucie) : Le déploiement va être absolument crucial, parce qu'il ne faut pas perdre l'expertise locale. Et, de ce que j'en comprends, le projet de loi dit que les installations qui sont là actuellement demeurent. Il va falloir s'assurer, dans le déploiement, que les ressources sont distribuées sur l'ensemble du territoire pour pouvoir intervenir en proximité. Donc, une vision qui pourrait être large de... Par exemple, je vous le disais tantôt, il y a des protocoles de soins, il y a des règles de soins. Est-ce que ça, ça peut être fait pour l'ensemble de la région, mais que localement il y ait des experts qui puissent s'assurer la diffusion de ces règles de soins là ou de ces programmes de formation là au niveau local pour que partout à travers le continuum les gens soient coordonnés? Il y a un avantage à avoir une seule façon de faire sur l'ensemble du territoire, une coordination, une crédibilité ou une cohérence à travers le continuum de soins pour le client, qui reçoit toujours les soins de la même façon.

• (11 heures) •

M. Caire : Et, compte tenu de la taille de la nouvelle organisation, est-ce que vous pensez qu'il serait souhaitable, selon vous, qu'il y ait des outils particuliers qui soient donnés aux directeurs de soins infirmiers pour s'assurer que cette tâche-là de déploiement, elle est correctement effectuée... ou est-ce que vous voyez vraiment une surveillance externe pour s'assurer que c'est fait correctement et qu'il n'y a pas, au niveau des établissements physiques, là, quelques-uns qui demeurent délinquants, là, comme c'est le cas présentement, finalement?

Mme Tremblay (Lucie) : Je ne suis pas certaine d'avoir saisi votre question.

M. Caire : O.K. On crée une structure administrative qui est très large. Vous dites : Écoutez, on va régionaliser cette réalité-là. Ça peut faciliter la communication, dans les faits, parce qu'on a une seule structure. Ceci étant dit, ça fait des très grands ensembles à gérer, et je me demandais simplement si, de votre point de vue, la Direction des soins infirmiers devait se doter d'un outil particulier pour s'assurer que physiquement, dans chaque établissement, on puisse assurer une présence correcte — ce qui n'est pas le cas présentement, dans le contexte actuel — de la Direction des soins infirmiers.

Mme Tremblay (Lucie) : Alors, je pense que le fait d'avoir des grands ensembles, ça favorise l'uniformisation des processus. Ce que j'entends que vous dites, c'est une vision qu'on partage. Il va falloir s'assurer ensuite, dans le déploiement, qu'on se donne les outils pour que ça puisse être déployé de façon égale à travers tout le territoire, donc que ce ne soit pas juste des vœux pieux, si on veut, mais que ça se décline au sein de chacune des installations, puis qu'on aille mesurer nos résultats, qu'on s'assure que ce qu'on dit, c'est bien ce qu'on réalise sur le terrain, qu'on se donne vraiment des moyens pour atteindre nos résultats. C'est dans le déploiement que... C'est le nerf de la guerre.

M. Caire : Donc, c'est plus dans l'évaluation qu'on va être capable de savoir si on a atteint nos objectifs.

Mme Tremblay (Lucie) : Bien, évidemment, l'évaluation est cruciale. Pour nous, de faire un changement sans aller mesurer les impacts, ce serait de passer à côté des objectifs. Vous savez, ce qu'on ne mesure pas, là, on ne sait pas si on a des succès, si on a des échecs, et ça ne nous permet pas de réajuster le tir. L'évaluation, c'est crucial dans un changement comme celui-là. Donc, il faut se donner des outils pour évaluer les besoins de la population, il faut se donner des outils pour savoir comment on va y répondre et des outils pour déployer, puis, finalement, d'aller évaluer les résultats puis de réajuster le tir à travers tout ça.

M. Caire : Cette évaluation-là, est-ce que vous voyez ça comme un outil qu'on donne à la Direction des soins infirmiers ou est-ce que vous pensez plutôt que c'est le rôle du ministère de voir si on a été capable de faire le déploiement correctement? Donc, ça revient un peu à ma question de tantôt. Est-ce qu'on le fait au niveau de CISSS? Est-ce qu'on le fait au niveau du ministère? Qui va évaluer? À qui on donne l'outil, finalement?

Mme Tremblay (Lucie) : Je pense que les directions de soins peuvent définitivement décider de certains indicateurs de soins. C'est intéressant, néanmoins, d'avoir des outils pour pouvoir faire du jalonnage entre les

établissements pour que les meilleures pratiques puissent ressortir puis qu'on les implante un peu partout. Tantôt, je disais : On a des belles expériences, au Québec, où est-ce qu'on a des projets novateurs, des projets porteurs, mais, si on ne les mesure pas, bien on ne connaît pas nécessairement les résultats. Mais, si on les mesure puis qu'on a les résultats, est-ce qu'on peut les déployer à plus grande échelle? C'est pour le bénéfice de la population, de faire ça.

M. Caire : Je vous ramène à un autre élément de votre présentation. Vous parliez qu'il va falloir intégrer les infirmières spécialisées. Malheureusement, dans le passé, cette possibilité-là a connu des échecs, hein? Il y a eu des infirmières qui ont été formées, des infirmières spécialisées qui ont été formées et qui ont été peu ou pas intégrées au niveau des agences.

On se dote maintenant d'une autre structure régionale. De quelle façon peut-on s'assurer d'intégrer ces infirmières-là au continuum de soins? Et c'est la responsabilité de qui de le faire?

Le Président (M. Tanguay) : Pour encore une période de 40 secondes à peu près.

Mme Tremblay (Lucie) : 40 secondes. Les infirmières praticiennes spécialisées jouent un rôle crucial. Je pense que de les avoir en plus grand nombre... Parce qu'à un moment donné c'est une question de masse critique aussi, l'impact qu'elles ont dans le système. Elles peuvent répondre à des besoins de santé qui sont pressants, et il faut qu'elles soient notamment dans la communauté mais, je parlais tantôt, en CHSLD. Pour nous, ça, c'est un facteur clé de succès, là, qui va être vraiment important.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Ceci met fin à l'échange. Je cède maintenant la parole à Mme la députée de Gouin pour un bloc de trois minutes.

Mme David (Gouin) : Merci, M. le Président. Mesdames, bonjour.

Comme je n'ai pas beaucoup de temps, je vais aller droit au but. Vous avez parlé, tout à l'heure, de délégation de tâches, et vous dites : Bientôt, dans notre mémoire, on va vous parler de tout ça, les responsabilités des infirmières, mais, tout de même, sur la base de vos demandes historiques, qu'est-ce que vous auriez envie de dire à un ministre qui est prêt à aller vite et loin sur des changements structurels et qui peut-être serait prêt à aller vite et loin sur une plus grande délégation de tâches des médecins aux infirmières?

Mme Tremblay (Lucie) : Écoutez, il faut que les infirmières soient dans la communauté, il faut qu'elles soient dans les groupes de médecine familiale, elles ont un potentiel extraordinaire.

Et, vous savez, on a demandé le droit de prescrire, par exemple, parce que ceci, ça va augmenter considérablement l'accessibilité aux soins. On a des travaux en ce moment avec le Collège des médecins. Il y a un projet qui a été déposé, qui est maintenant à l'Office des professions. Pour nous, ça, ça peut être une façon d'augmenter considérablement l'accessibilité aux soins et que l'infirmière exerce son plein champ d'exercice.

Mme David (Gouin) : Est-ce que vous estimez qu'il y aurait d'autres tâches qui pourraient être assumées par les infirmières, des tâches qui ne le sont pas actuellement parce que c'est la chasse gardée des médecins?

Mme Tremblay (Lucie) : Écoutez, on ne le regarde pas tellement en termes de tâches, je pense que c'est en termes de responsabilités et de prise en charge, et c'est leur présence au bon endroit puis leur permettre d'exercer pleinement, donc qu'elles puissent le faire en toute autonomie. Elles ont les connaissances, elles ont les compétences pour le faire.

Donc, je vous parlais tantôt de l'évaluation des fonctions physiques et... voyons, l'évaluation de l'état de santé physique et mentale. Elles peuvent détecter des problèmes, elles peuvent intervenir. Et tout le rôle qu'elles jouent dans les maladies chroniques, c'est l'avenir qui se situe là, et il faut les placer là, il faut qu'on leur donne les outils pour le faire. Il faut qu'on leur donne les outils pour le faire en pleine autonomie.

Mme David (Gouin) : Est-ce qu'il me reste un peu de temps, M. le Président?

Le Président (M. Tanguay) : Une minute.

Mme David (Gouin) : Merci. Vous avez parlé plus longtemps, là, de tout le problème des maladies chroniques. J'aimerais vous entendre sur le champ de la santé mentale. Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour donner aux infirmières, justement, plus de place dans ce champ-là que plusieurs voient comme le grand oublié de la réforme ou de la proposition de réforme actuelle?

Mme Tremblay (Lucie) : Un des éléments qu'on est en train de regarder avec nos collègues du Collège des médecins, c'est justement d'avoir des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale. Depuis quelques... Bien, en fait, les premières graduées du programme de maîtrise à l'Université du Québec à Rimouski viennent d'entrer dans le milieu du travail, on pense qu'elles pourraient avoir des responsabilités beaucoup plus grandes. Le problème de santé mentale, c'est un problème grave, il touche un nombre... dépendant des statistiques qu'on regarde, là, une personne sur quatre, une personne sur cinq, et une intervention rapide, une intervention précoce, ça évite tout le déconditionnement des personnes, une détérioration de leur état de santé. Donc, des infirmières en proximité qui peuvent faire le suivi de ces malades-là, pour nous, c'est un élément important. Mais on a des travaux avec le collège en ce moment.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, il ne nous reste qu'à vous remercier beaucoup, mesdames, représentantes de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

Alors, j'invite maintenant le prochain groupe à prendre place et je suspends temporairement nos travaux. Merci.

(Suspension de la séance à 11 h 8)

(Reprise à 11 h 11)

Le Président (M. Tanguay) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons poursuivre nos consultations. Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Pour les fins d'enregistrement, je vous demande de bien vouloir, s'il vous plaît, vous présenter, ainsi que les personnes qui vous accompagnent, et par la suite vous disposez d'une période de 10 minutes pour votre présentation. La parole est à vous.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Godin (Louis) : Merci, M. le Président. Je suis le Dr Louis Godin, je suis le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Je suis accompagné, à ma droite, du Dr Marc-André Amyot, premier vice-président de la fédération, et, à ma gauche, de Me Pierre Belzile, qui est le chef du contentieux à la fédération.

M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les députés, d'abord, je vous remercie de nous donner l'occasion de venir s'exprimer devant vous sur le projet de loi n° 10. Comme beaucoup de groupes ont pu le faire avant, je dois vous souligner qu'on a eu peu de temps pour se préparer et venir vous rencontrer. On a tenté de vous produire le meilleur mémoire possible, en se gardant tout de même le privilège de pouvoir vous fournir d'autres commentaires lors d'une étude plus approfondie.

Je dois vous dire d'emblée que les commentaires que l'on vous transmet ce matin sont aussi le fruit d'une consultation qu'on a tenue au cours des deux dernières semaines à l'ensemble de nos membres et de nos associations. Je dois vous dire que plusieurs centaines de médecins ont répondu à cette invitation-là de nous transmettre leurs commentaires, et ce que l'on va vous présenter ce matin reflète les principaux éléments qui ont été portés à notre attention.

D'entrée de jeu, je dois revenir sur l'objectif principal qui avait été décrit lors de l'annonce du projet de loi n° 10, c'est-à-dire sur le projet d'éliminer un palier des structures administratives, et je dois vous dire que la fédération est tout à fait d'accord avec cette approche-là. Pour nous, toute action qui va viser à diminuer le poids administratif de notre système de santé et qui va permettre une réallocation des ressources aux services directement aux patients, la fédération sera toujours d'accord avec ces objectifs-là.

Lors de la sortie... de l'annonce du projet de loi, nous avons exprimé cette position de façon très claire mais en se gardant cependant une réserve sur la fonctionnalité de ce nouveau projet de loi là, et c'est surtout par rapport à certains de ces aspects que l'on a des commentaires et des réserves — pour certaines, importantes — face au projet de loi n° 10. Je résumerai en trois aspects les réserves que l'on a : un, sur la taille de ces futurs CISSS là, sur la composition du conseil d'administration, ainsi que des pouvoirs qui seront désormais dévolus au ministre de la Santé.

Je ne vous cacherai pas qu'on est très préoccupé par la taille des CISSS, et pas simplement par le nombre de patients qu'ils auront à desservir, le nombre de professionnels qui travailleront à l'intérieur de ces futurs CISSS là, mais également de la superficie géographique que certains de ces prochains établissements là auront à couvrir. On avait l'impression qu'on assisterait à l'élimination d'un palier; on se demande sincèrement si on n'assiste pas plus à une centralisation à l'intérieur des anciennes agences plutôt qu'à une décentralisation un peu en périphérie.

Naturellement, on est préoccupé aussi de l'importance de ces changements-là et de tout ce que ça peut amener dans la période de transition ou l'installation de ces nouvelles structures là, sachant que lors de la dernière réforme, il y a quelques années, on a eu à vivre pendant une période de trois à quatre ans une certaine période de flottement dans l'installation de ces structures-là.

Quant aux principaux problèmes fonctionnels que l'on y voit, naturellement, tout l'arrimage des structures médicoadministratives actuelles dans ces nouveaux établissements-là, on aura des conseils des médecins, dentistes qui pourront compter, à certains endroits, jusqu'à 2 000 membres, on aura des départements cliniques qui vont s'étendre sur 15 sites ou 45 sites potentiels. Comment ces CMDP là, ces départements cliniques là pourront vraiment jouer leur rôle qui leur est dévolu et répondre aux obligations qu'ils ont à faire face?

L'autre élément qui nous préoccupe, c'est qu'on a l'impression qu'on part d'une tendance où on voulait avoir surtout des réseaux locaux de soins, c'est-à-dire organiser les soins aux patients sur une base locale, ce qui est la tendance, je vous dirais, généralisée partout, celle qui rapporte le plus d'efficacité dans les soins aux patients, et de transformer cette dispensation-là beaucoup plus sur un aspect régional. Et on y voit là, je vous dirais, un défi important et un risque aussi d'avoir beaucoup plus de difficultés à se coller à la réalité.

L'autre élément qui nous préoccupe énormément, c'est qu'on va se retrouver dans beaucoup de territoires avec un risque de concentration des ressources dans certains établissements. Il est clair que, dans la nouvelle répartition, on va se retrouver avec de petits établissements qui vont être associés à des établissements beaucoup plus gros ou des établissements avec une mission fort différente qui vont se retrouver associés également à des établissements beaucoup plus gros. L'exemple qui vient en tête à tout le monde, c'est la situation de la Montérégie, où on va se retrouver avec une quinzaine d'établissements, 45 centres de santé et de services sociaux. Comment on va être capables de faire valoir, à l'intérieur de ça, les besoins, plus particulièrement ceux de la première ligne, lorsqu'ils seront mis dans la balance avec les établissements

de taille beaucoup plus importante? On craint énormément, pour nous, de voir là une tendance claire à l'hospitalocentrisme, c'est-à-dire que, finalement, lorsqu'on aura à faire des choix, on fera le choix de l'hôpital plutôt que de faire le choix de la proximité. Et, pour nous, je vous dirais, il y a là un enjeu important. Et je ne vous cacherais pas qu'on a des craintes de voir se répéter ce qui a été vécu antérieurement, lorsqu'on a eu l'intégration des anciens CLSC aux hôpitaux, lors de la dernière réforme.

Sur le plan des conseils d'administration, je ne vous cacherais pas qu'on est très préoccupés par le fait que le conseil des médecins et dentistes ne pourra pas recommander un médecin omnipraticien comme membre du conseil d'administration. Plus de 80 % des médecins omnipraticiens travaillent en établissement, et cette façon de faire là empêchera, par exemple, des médecins d'urgence, qui souvent peuvent être une partie importante du nombre de médecins qui sont à l'intérieur du CMDP, de se retrouver comme membres du conseil d'administration. Et souvent, particulièrement dans les régions plus périphériques, ce sont les médecins de famille qui occupent la très grande majorité des postes à l'intérieur des CMDP, et ces gens-là se verraient carrément exclure de la possibilité de siéger au conseil d'administration.

De la même façon, le fait que le département régional, qui, lui, pourra recommander un membre au CMDP... plutôt un membre pour faire partie du conseil d'administration... L'article qui prévoit que ce médecin-là devrait travailler exclusivement hors des établissements, cela fait que, dans beaucoup de régions, on va se retrouver avec la possibilité qu'il y ait bien peu de médecins qui se qualifient pour se retrouver là. Pour nous, il est clair que la recommandation du département régional de médecine générale face à la présence d'un membre au conseil d'administration devrait s'étendre à ce que lui, comme département, jugera comme étant le meilleur choix, et que ce médecin-là puisse aussi bien avoir une activité à la fois en établissement et à l'extérieur ou en première ligne. Il est fort à parier que la majorité des conseils... des départements régionaux de médecine générale recommanderaient la présence de médecins qui travaillent à la fois en établissement et à la fois à l'extérieur, ce qui représente, je vous dirais, le rôle que fait la très grande majorité des médecins de famille au Québec, puisque la majorité travaillent à la fois à l'hôpital, à la fois en établissement et à l'extérieur, en première ligne.

Finalement, le dernier commentaire que l'on aurait touché, naturellement, les pouvoirs qui sont donnés au ministre. Il est clair qu'il y a là une augmentation importante du pouvoir du ministre, particulièrement dans le pouvoir de nomination à la fois au niveau des conseils d'administration, les P.D.G., les directeurs généraux adjoints, et on ne peut pas écarter le risque qu'il y ait là d'une politisation très importante, je dois dire, du réseau de la santé. Naturellement, on pourrait se dire que, non, elle n'aurait pas lieu, mais, il ne faut pas se le cacher, il y a là un risque important de politisation, et on craint de voir de moins en moins d'influence de la part des gens qui dispensent les soins dans la proximité, les gens qui les reçoivent, de pouvoir fournir un input intéressant et primordial dans l'administration et l'organisation de nos établissements de santé.

Donc, voilà là, M. le Président, rapidement un résumé de ce qu'on a tenté de vous faire part à l'intérieur de notre mémoire. Et on est là pour répondre aux questions et aux commentaires, là, des parlementaires. Merci, M. le Président.

• (11 h 20) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup pour votre participation. Je cède maintenant la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux pour un premier bloc de 22 min 30 s.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Dr Godin, Dr Amyot, Me Desrosiers... Pardon?

Une voix : ...

M. Barrette : Belzile, je m'excuse, j'ai fait un lapsus. Bien, d'abord, merci d'être ici. Et je suis bien content que vous ayez pris le temps d'avoir déposé un mémoire. Et, si vous aviez d'autres commentaires à faire, soyez assurés que nous les recevrons, comme pour tout le monde, d'ailleurs.

J'aimerais ça, essentiellement, d'entrée de jeu, là, aborder deux ou trois commentaires ou deux, trois éléments que vous avez soulevés dans votre présentation.

Pour ce qui est des pouvoirs ministériels, comme je l'ai dit à plusieurs reprises depuis quelques jours et semaines, c'est une loi qui est transitionnelle. Et la partie qui est transitionnelle dans la loi, et contrairement à ce qui est véhiculé par nos collègues de l'opposition, là, ce n'est pas l'essence de la loi mais bien la partie des pouvoirs du ministre qui sont des pouvoirs qui sont d'abord et avant tout fonctionnels et non politiques, pour faire en sorte que l'on puisse déployer rapidement, lorsque ça sera nécessaire, les nominations et les gens qui seront sur les conseils d'administration et les directions. Et ultimement, évidemment, lors d'une loi permanente, puisque la LSSSS et ses lois connexes devront être réécrites, évidemment, les processus de nomination redeviendront, entre guillemets, normaux, c'est-à-dire beaucoup plus près du terrain et selon des processus qui seront plus loin du ministre que ceux actuels. Alors, je veux vous rassurer là-dessus.

Maintenant, pour ce qui est de la nomination... pas la nomination, pardon... oui, la nomination sur les conseils d'administration, là je vais vous faire un commentaire peut-être pour éclaircir les intentions que l'on avait là-dessus. Je pense que vous avez fait une lecture qui était correcte, là, factuellement, vous avez raison dans ce que vous dites, mais, dans les paramètres... pas les paramètres mais les paragraphes auxquels vous faites référence, dans votre mémoire, pour ce qui est de la nomination d'un médecin au conseil d'administration, on a essayé de mettre en place une structure qui faisait en sorte... ou ferait en sorte qu'on ait l'assurance d'avoir à la fois un médecin de famille et un médecin spécialiste sur tous les CISSS, compte tenu du fait qu'il n'y en aura pas 50, CISSS, là, du moins pas dans l'état actuel du projet de loi. Et, comme vous, on pense que l'importance est très grande pour avoir une représentation du corps médical, comme les infirmières, d'ailleurs... comme on l'a dit précédemment, sur les conseils d'administration, et le chemin qu'on a proposé est un chemin qui vise à faire en sorte qu'il y ait une garantie d'avoir l'un et l'autre. Et la mécanique qu'on a

trouvée, qui n'est peut-être pas idéale, là, j'en conviens, mais... elle fait le travail. Et vous comprendrez évidemment que, pour avoir la garantie d'avoir un médecin spécialiste, c'est difficile d'aller en chercher un à l'extérieur de l'hôpital, parce qu'il y en a très peu, d'une part, et, d'autre part, il n'y a pas le mode de représentation que vous avez. Et, à l'opposé, bien c'est exactement le contraire pour ce qui est du médecin de famille. Et en aucune façon il ne voulait y avoir là... il ne faudrait y voir là un jugement de valeur de quoi que ce soit. Et, si vous aviez à penser éventuellement... ou à proposer une manière qui garantirait d'une façon plus claire... peut-être pas plus claire, parce que, là, ça le fait, mais d'une autre façon, plus satisfaisante à votre regard de la chose, la nomination des deux groupes, bien on est bien ouverts à ça. Mais l'intention était essentiellement d'avoir une représentation des deux groupes au conseil d'administration, et c'est essentiellement ce que l'on voulait.

Maintenant, pour ce qui est des inquiétudes que vous avez soulevées, je les comprends très bien, et là-dessus aussi... Non seulement je les comprends, mais je les reçois très favorablement. Mais là-dessus j'aimerais vous entendre sur, essentiellement, la mécanique que vous verriez qui ferait en sorte que vous n'auriez pas l'inquiétude que vous aviez, notamment en ce qui a trait au fonctionnement du CMDP. Le CMDP, évidemment, là, dans un mode de regroupement tel qu'on le propose, il y aura un CMDP qui va être globalement unique, mais il n'en reste pas moins que ce CMDP là peut très bien avoir des subdivisions fonctionnelles qui feront en sorte que l'on respecte le mode de fonctionnement actuel. Et ce que l'on vise dans l'exercice... C'est un exercice qui vise l'accès, la première ligne. Vous y avez fait référence vous-même, on vise, un, l'accès, par ce projet de loi là, une structure qui va favoriser l'accès. Même si le projet de loi, en soi, ne règle pas les problèmes d'accès... Vous le savez, on le sait, on a des discussions sur toutes sortes d'éléments qui vont dans le sens d'améliorer l'accès à la première ligne. Mais, un coup que l'accès est amélioré par d'autres pourparlers, bien l'accès, dans un réseau, bien, à un moment donné, après, vous savez qu'il y a des problématiques de fluidité pour le patient et de fonctionnalité pour la pratique du médecin de famille, et le projet de loi vise spécifiquement à corriger ça.

Alors, moi, j'aimerais vous entendre sur un, ou deux, ou trois éléments de cet ordre-là. Un, ne croyez-vous pas que, malgré l'intégration que je pense que vous souhaitez, vous aussi, pour vos membres, il y ait moyen, dans le fonctionnement d'un système de CMDP, dans ce nouveau système là, d'y trouver tout le monde notre compte et en même temps d'arriver à l'intégration qui est recherchée de tous?

Et là je vais même être un petit peu plus précis dans ma question. Il y en a une, ou deux, ou trois, là, qui sont chevauchantes là-dedans. Vous, vous avez toujours souffert, en première ligne, d'avoir certains problèmes d'accès et d'intégration dans le réseau, vous avez toujours souffert de ne pas avoir accès à A, B, C, D, alors que le projet de loi vise à faire en sorte que la structure dans son essence règle ça. J'ai abordé en d'autres termes la même problématique tantôt — vous l'avez entendu, vous étiez présents — avec les infirmières. Là aussi, là, c'est une problématique du même ordre mais dans un registre légèrement différent, parce qu'on est chez les infirmières. Mais, du côté médical, c'est encore plus patent, et j'aimerais vous entendre là-dessus, sur les bénéfices potentiels que cette structure-là mettrait en place et les conditions pour que ces bénéfices-là s'expriment à leur maximum.

• (11 h 30) •

M. Godin (Louis) : O.K. Je vais prendre les différents éléments que vous avez soulevés, M. le ministre.

D'abord, un, pour ce qui est de la présence des médecins au conseil d'administration, naturellement qu'à la lecture du mémoire, sans que ce soit écrit spécifiquement là, on pouvait décodifier cet objectif-là, c'est-à-dire qu'il y ait à la fois un représentant des médecins spécialistes et un représentant des médecins de famille.

Naturellement, nous, il y avait deux éléments qu'on soulevait. Il y a des endroits, il y a des territoires qui sont prévus où la masse de médecins spécialistes est très, très peu importante, et il pourrait même arriver qu'à l'intérieur d'un CMDP il n'y ait pas d'intérêt pour qu'un médecin spécialiste aille même siéger au conseil d'administration. Et là on parle plus spécifiquement des régions plus éloignées. C'est là où les médecins ont souvent l'activité, les médecins de famille... l'activité la plus importante.

Idéalement... Je ne vous le cacherais pas, on est à l'aise avec le fait qu'il devrait y avoir un représentant des deux groupes, là, la majorité du temps. Où on pense qu'il devrait y avoir une modification, c'est lorsqu'on inclut dans les recommandations du département régional de médecine générale que, dans la liste qui est fournie, le médecin n'ait pas d'activité en établissement. Au contraire, nous, on pense que ça devrait être, les médecins, au choix du département régional de médecine générale. Et ça nous permettrait à tout le moins de s'assurer que le médecin qui sera recommandé par le département régional soit celui qui correspondra le plus à l'ensemble du profil, et ça pourrait être, si on veut, une avenue qui permettrait à la fois de protéger l'objectif que vous avez, comme législateurs, d'avoir la présence des deux groupes médicaux, mais en même temps s'assurer qu'un département régional où la présence des médecins de famille est importante à l'hôpital... qu'on s'assure qu'on ait un médecin qui représente bien cette activité-là. Et on verrait très bien, ultimement, un libellé où on dirait que le département régional devrait avoir... ça soit son choix ou au moins qu'il puisse, au besoin, représenter le travail en première ligne des médecins de famille. Mais, en laissant toute la latitude au département régional de recommander le médecin de son choix, d'abord, un, ce sera sûr que ce sera un médecin de famille, parce que ce sont essentiellement les médecins de famille qui sont dans le département régional de médecine générale. Et ça permettra aussi, sur un plan régional, de s'assurer que le médecin qui sera là correspondra à l'ensemble de l'activité, parce que, pour nous, il ne peut pas être acceptable que des médecins qui, par exemple, travaillent dans les salles d'urgence, dans les CLSC ou travaillent dans les secteurs hospitaliers traditionnels soient d'emblée exclus du conseil d'administration.

Quant à la possibilité du fonctionnement du CMDP et de tout ce qui touche l'accès, je vous dirais, on a l'impression qu'il nous manque quelque chose, à l'intérieur de ce projet de loi là. On a l'impression que tout ce qui devrait être la nouvelle structure médicoadministrative, association, on ne la retrouve pas. Il est clair, pour nous, que, si le projet de loi était adopté tel qu'il est là, il devra nécessairement y avoir, dans un deuxième temps, une décentralisation de

l'activité médicoadministrative et surtout de l'activité fonctionnelle pour qu'on puisse exercer, d'abord, ces pouvoirs-là que le CMDP a au niveau... que ce soit la qualité de l'acte, l'organisation des services, que ce soit transféré dans un établissement à taille beaucoup plus gérable. On ne voit pas comment un chef de... un président de CMDP pourra gérer un CMDP de 2 000 médecins, c'est illusoire de penser ça. Donc, il faut absolument prévoir une décentralisation, une division, une subdivision des CMDP — et là il faudra voir comment est-ce que ça peut se traduire dans les faits — pour que les structures médicoadministratives correspondent beaucoup plus à la réalité terrain, parce que, même à l'intérieur d'une même région, on ne peut pas organiser les services médicaux, particulièrement tout ce qui touche la première, la deuxième ligne, à Québec comme on le ferait à La Malbaie ou qu'on va le faire dans Portneuf, il faut absolument tenir compte des réalités locales. Donc, il faudrait absolument avoir une décentralisation des CMDP. Est-ce qu'on appellera ça des sous-CMDP ou peu importe?

Même chose pour les départements cliniques. Que ce soient les départements de médecine générale, que ce soient les départements d'urgence, il faut absolument ramener cette dimension-là beaucoup plus à un niveau local, parce que c'est là qu'on doit surtout mettre les efforts, et c'est de là aussi que doit partir la fluidité et l'accès. Parce que, l'avez très bien décrit, là, c'est la chose, là, qu'on déplore depuis de nombreuses années. Cet accès-là, je vais dire, à l'établissement, on doit aussi tenir compte de l'établissement avec qui on fait affaire, du type d'hôpital. Est-ce qu'on fait affaire avec un petit hôpital, un hôpital communautaire, de moyenne taille? Quel est l'environnement? Quel est l'environnement géographique? Donc, on a absolument besoin de se ramener dans les réseaux locaux. Et, avec ça, on se retrouverait probablement avec une structure qui est beaucoup plus près du patient et qui, pour nous, va nous apparaître beaucoup plus fonctionnelle.

Naturellement, je vous dirais, ça amène une intégration des soins, mais l'intégration, elle doit débiter par où le patient se trouve, par où le médecin qui voit le patient se trouve. Donc, il faut être prudent de concentrer tout le centre décisionnel et toute l'activité médicoadministrative à la tête de l'établissement, mais beaucoup plus, là, à la base, sur le terrain, et le plus près possible.

Et je comprends dans ce que vous nous dites qu'il y aurait probablement une deuxième phase à ce projet de loi là. Soyez assurés qu'on sera fort intéressés, s'il y a lieu, à vous alimenter ou à vous faire part de nos réflexions et de nos recommandations sur comment devrait s'organiser cette transformation, cette actualisation des structures médicales, autant sur le plan administratif que fonctionnel.

M. Barrette : Alors, Dr Godin, moi, je suis content que vous l'abordiez sous cet angle-là, parce que c'est l'objectif de ces audiences-là. Je comprends de votre propos que, si les conditions sont adéquates, cette intégration-là a un bénéfice au bout de la ligne. Et là corrigez-moi si je me trompe : Vous, en première ligne, la dernière réforme, pour ce qui est de celle des CSSS, des RLS, il y a quand même eu des effets bénéfiques pour votre pratique, mais, au-delà de ces niveaux-là, l'intégration ne s'est pas vraiment faite, et vous, dans vos pratiques, vous avez toujours... et vous souffrez encore d'un problème d'accès à un certain nombre de choses, des consultations, des plateaux techniques, et ainsi de suite. Et corrigez-moi, si je me trompe, parce que j'aimerais vous entendre là-dessus : Ces choses-là que vous avez historiquement demandées, fois après fois, après fois, il n'en reste pas moins que c'est la structure administrative actuelle qui ne vous les donne pas.

M. Godin (Louis) : Il est clair que l'on demande encore ces choses-là, M. le ministre, hein, c'est... Et ça, on l'a dit et on l'a redit. Une des difficultés, je veux dire, que vivent les médecins de famille, souvent, à se rendre accessibles, c'est cette difficulté d'accès là aux autres ressources, aux ressources diagnostiques, aux ressources de consultation.

Notre crainte, c'est que, si on centralise beaucoup, régionalement... Quelle est notre garantie supplémentaire qu'on va faciliter ça s'il n'y a pas localement une capacité d'organiser les soins ou la façon de le faire? Je n'organiserai pas les corridors de services de la même façon dans un hôpital communautaire qui dessert 30 000 personnes que dans qu'est-ce qui est un CH aujourd'hui qui en dessert 350 000 dans une zone urbaine. Ce que l'on veut faire ressortir, c'est cette nécessité d'être capable de donner une coloration locale qui s'accroche aux besoins des patients et aux besoins des médecins.

Et je pense qu'on aurait pu aller beaucoup plus loin aujourd'hui là-dedans, il faut aussi en faire une priorité. Lorsque ce n'est pas nécessairement une priorité de faire de la première ligne le maillon le plus fort de notre système, c'est difficile de lui donner les ressources. Et c'est là qu'est notre crainte actuellement dans le projet de loi tel qu'il est là. Qu'est-ce qui nous dit que cette fois-ci la structure régionale ou les ordres qui pourraient venir... ou les orientations qui pourraient venir du ministre et du ministère seront, cette fois-ci, plus écoutés sur le niveau local? On a peur, en perdant cette structure plus locale là, qu'au contraire on se mette plus à risque de ne pas être capable de mettre sur pied ces capacités d'accès là qui sont pourtant essentielles.

M. Barrette : Mais, en même temps, s'il devient clair à vos yeux et aux yeux de la société que ces orientations-là vont dans cette direction-là, vous est-il possible de conclure, à ce moment-là, que la structure, finalement, réglerait une grande partie de vos problèmes, puisqu'actuellement la structure ne les règle pas en n'ayant pas la volonté de vous donner les ressources appropriées?

M. Godin (Louis) : Ce qui nous manque actuellement, pour porter une appréciation juste de ça, c'est que je ne vois pas la prochaine étape. Si la prochaine étape va dans le sens d'avoir une préoccupation très, très locale, d'une souplesse pour être capable d'organiser en fonction de la réalité terrain, on va être capable d'améliorer la situation. J'ai comme l'impression qu'il manque une pièce dans ce que vous avez mis de l'avant à ce stade-ci.

M. Barrette : Mais on peut conclure qu'on s'entend sur un point, la force de... ou plutôt il y a comme une obligation de la structure de livrer une marchandise pour que ça fonctionne, et, si la structure ne livre pas cette marchandise-là, ça ne fonctionnera jamais. Parce que ça fait un bout de temps que ça ne fonctionne pas, on s'entend.

M. Godin (Louis) : Mais, en même temps, si on n'a pas cette deuxième partie là d'une façon de bien organiser localement les choses, ça va être difficile de livrer. On a besoin absolument de cette deuxième étape là.

M. Barrette : Parfait. Sur la question du contrôle de qualité, est-ce que vous voyez des problèmes significatifs, la qualité de l'acte?

• (11 h 40) •

M. Godin (Louis) : C'est un peu la même chose, là. Si on n'est pas capable de transférer sur un niveau plus local, au niveau de sites plus près de la population le contrôle qui est actuellement dévolu au CMDP ou au département clinique, le contrôle de la qualité va être nécessairement beaucoup plus difficile, parce que la réalité quotidienne, je veux dire, à l'intérieur de l'établissement ou de l'hôpital, on va bien moins la sentir que dans une structure un peu plus comme actuellement, où les CMDP sont beaucoup plus dans une taille, j'appellerais, raisonnable. On a peur que le contrôle de la qualité... Dans les établissements de cette taille-là, on risque de le perdre ou qu'il soit beaucoup plus difficile, compte tenu de toute l'ampleur de ça, là. Avez-vous pensé, les comités d'évaluation de l'acte médical dans un hôpital, avec... On va passer de 2 000 à 1 000. Ça représente quand même tout un défi.

M. Barrette : Oui, mais il y a des hôpitaux actuellement qu'ils sont plus que 1 200 médecins, là, puis il y a des comités d'évaluation de l'acte quand même, là. Ça se fait au moment où on se parle, là.

M. Godin (Louis) : ...pas qu'il ne s'en fait pas, je vous dis : Est-ce que c'est la situation optimale? De la même façon que je vous disais qu'on devra absolument se retrouver vers un éclatement de ces structures-là, c'est aussi vrai pour le contrôle de la qualité de l'acte et pour toutes les activités qui sont actuellement dévolues que ce soit au conseil des médecins et dentistes, ou au département clinique, ou au département d'urgence.

M. Barrette : Peut-être une dernière question : En termes d'intégration, vu de la FMOQ, quel est l'élément qui manque le plus dans le réseau actuellement?

M. Godin (Louis) : Je vous dirais que, naturellement, c'est ce lien-là qui n'existe pas de façon formelle entre la première et la deuxième ligne. C'est simplement depuis quelques années qu'on se rend compte de l'importance de focuser notre système de santé sur la première ligne.

M. Barrette : Et qu'est-ce qui a empêché qu'il existe aujourd'hui, d'après vous?

M. Godin (Louis) : Écoutez, moi, je pense qu'il manque une volonté de le faire. Ce n'est pas normal, je vous dirais, qu'un médecin de famille qui travaille à l'extérieur d'un établissement ait encore à passer beaucoup de temps pour avoir accès à consultations, examens, investigations, ça n'a pas de bon sens qu'il ait à se promener et de devoir passer beaucoup de son temps à courir les services d'un site à l'autre. Et je pense que c'est la principale chose qui a nui à ça, et, pour y réussir, il faudra absolument garder un volet local. Si vous me dites que le projet de loi n° 10 n'est qu'un premier pas et qu'il sera accompagné d'une révision ou d'une actualisation pour redonner beaucoup plus de pouvoirs aux réseaux locaux, je pense qu'on peut y arriver. Si, cependant, on se retrouve avec simplement une structure régionale, à la taille qu'ils ont, permettez-moi d'avoir des craintes par rapport à l'amélioration de la situation.

M. Barrette : Est-ce que je dois comprendre que, quand vous parlez de volonté, vous parlez d'une influence externe aux médecins?

M. Godin (Louis) : Ça peut être parfois une influence externe aux médecins.

M. Barrette : Parfait. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Ceci met fin au premier bloc. Je cède maintenant la parole à Mme la députée de Taillon pour un bloc de 13 min 30 s.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour, Dr Godin, Dr Amyot, Me Belzile. Merci pour votre mémoire. Merci aussi pour vos... pour avoir réussi à cibler trois grands objectifs à l'intérieur de cette analyse-là.

Je veux vous dire que je partage tout à fait votre impression par rapport au fait qu'on a l'impression d'avoir, dans le projet de loi n° 10, la moitié, le tiers ou le quart de ce dont on aurait besoin pour se faire une idée juste de l'appui ou du non-appui qu'on va donner à cet élément-là. Alors, on n'a qu'un morceau, et c'est préoccupant. C'est préoccupant parce que la perception que vous avez et que la plupart des gens ont, c'est qu'on assiste vraiment à une centralisation des pouvoirs, et malheureusement le ministre semble être le seul à ne pas voir qu'à travers ce qu'il a écrit... Ce n'est peut-être pas ça qu'il voulait, mais ce qui a été écrit là, ça traduit directement une centralisation majeure des décisions et donc un éloignement de tout ce qui est proche des patients. Et là c'est sûr qu'on parle beaucoup de patients, mais on pense aussi à tous les

gens plus vulnérables, santé mentale, santé publique, des gens qui ont moins de parole, qui ont moins d'écoute, qui ne travaillent pas toujours avec des infrastructures majeures. Alors, je pense que, ça, on partage tout à fait votre lecture par rapport à ça.

Et l'autre préoccupation qu'on a, c'est la période de flottement engendrée par le brassage des structures si on n'a pas une certaine garantie qu'on va avoir un résultat. Je regarde à la page 6 de votre mémoire, vous avez une phrase importante. Puis, comme la plupart des Québécois, je pense qu'on était ouverts... ou en tout cas on s'attendait à voir dans ce projet de loi là une réaffectation au niveau des agences, mais ce n'est pas ça qu'on observe. Et vous avez à la page 6, deuxième paragraphe... Vous dites : «...la fusion de tous les CSSS n'est cependant pas une avenue à privilégier.» De tous les CSSS, donc on parle de 182 structures à 28. «Une telle fusion constitue une erreur, et la fédération invite le gouvernement à bien y réfléchir avant de procéder comme il pense le faire à cet égard.»

Si on avait une certaine forme d'abolition des agences et qu'on maintenait les CSSS, est-ce qu'il y a des façons d'optimiser actuellement? Et est-ce que ça, ça ne pourrait pas être une option qui, sans tout remettre en question, nous permettrait d'avoir quand même une amélioration avec un palier de moins?

M. Godin (Louis) : Notre façon de voir la situation est la suivante. Nous, on nous a annoncé l'abolition des agences, on enlevait un palier. Ça, pour nous, c'est clair, je vous dirais, que ce palier-là méritait probablement d'être revu.

La situation, je veux dire, que l'on a, c'est qu'actuellement, sur le plan clinique et médicoadministratif, je n'assiste pas au maintien des CSS actuels. Je me retrouve avec presque la création de... plutôt que d'éliminer les CSS, à la création des agences. Pourquoi...

Mme Lamarre : De méga-agences.

M. Godin (Louis) : De méga-agences. Pourquoi on voit ça comme ça, c'est que je ne suis pas capable de lire, dans le projet de loi, comment je maintiens de façon décentralisée mes structures médicoadministratives mais surtout ma capacité organisationnelle de travailler localement, parce que, pour nous, c'est la clé d'un service qui est bien efficient. De penser qu'on va distribuer les soins de la même façon partout, à la grandeur du Québec, et même à l'intérieur d'une même région... C'est quelque chose qui ne se peut pas.

D'un autre côté, il est clair aussi que même à l'intérieur des CSS actuels il pourrait y avoir probablement certains rapprochements administratifs ou certaines fusions. Je ne vous cacherai qu'on n'a pas eu le temps de faire cette analyse-là en profondeur de comment on verrait ça. Pour nous, je le répète, et c'est ce que je mentionnais au ministre tout à l'heure, ce qui nous importe le plus actuellement, c'est qu'on ne transporte pas toute la capacité fonctionnelle de l'organisation des soins particulièrement et l'organisation des soins médicaux et de première ligne simplement au niveau régional, il doit y avoir un aspect local là-dessus. Et de la même façon que le fonctionnement de certains de nos établissements, parce qu'un hôpital communautaire de 25 lits ne fonctionne pas comme un hôpital de 300 lits.

Mme Lamarre : Tout à fait d'accord. Mais donc ce que j'entends, c'est que vous avez... il y aurait possibilité, dans notre système actuel, de faire des gains d'efficacité sans remettre de façon aussi fondamentale l'ensemble des structures et surtout de reconcentrer les décisions et le pouvoir à Québec?

M. Godin (Louis) : Je pense qu'on pouvait faire des améliorations, mais, d'un autre côté, je vous dirais, si on fait encore la même chose avec tout ce qui existe actuellement... Je vous poserais la question : Pourquoi on ne l'a pas déjà fait? Il y a un gros problème là, là. Je pense qu'on doit viser à maximiser à l'intérieur de ça. Et c'est pour ça qu'on a toujours dit que, si on peut éliminer un des paliers décisionnels, il va y avoir nécessairement économies, économies de travail, économies de ressources humaines à l'intérieur de ça, et tout ça, on va pouvoir affecter ça ailleurs, là. Je n'ai pas toujours besoin de refaire le même exercice trois fois, là, un au niveau local, un au niveau régional puis un au niveau central. On peut peut-être sauter une étape, là.

Mme Lamarre : Excellent. Vous avez précisé aussi, dans votre mémoire, votre préoccupation par rapport à l'exclusion du médecin omnipraticien comme membre. Pourquoi vous pensez que ça a été mis dans le projet de loi n° 10? Quel était l'objectif visé? Parce que, depuis plusieurs années, on demande aux médecins omnipraticiens, comme vous l'avez évoqué, de partager leur temps entre la pratique hospitalière et la pratique en communauté, en ambulatoire. Quel objectif était visé?

M. Godin (Louis) : Écoutez, je ne veux pas présumer l'objectif, là, du législateur.

Mme Lamarre : Mais quelle conséquence ça peut avoir?

• (11 h 50) •

M. Godin (Louis) : Ce qui nous apparaît, nous, important, c'est que la très grande majorité des médecins de famille travaillent à la fois en première et en deuxième ligne. C'est la réalité. J'ai plus de 80 % des médecins qui travaillent en établissement puis j'ai plus de 80 % des médecins qui travaillent aussi en deuxième ligne... en première ligne. Donc, je veux dire, c'est le propre des activités des médecins de famille. Et de concentrer le choix possible, de ne limiter le choix possible qu'à un médecin de famille qui n'a aucune activité en établissement, pour nous, ça ne correspond pas à la réalité. Et, je vous dirais, on va peut-être se retrouver avec surtout des médecins qui ont beaucoup d'années d'expérience, pour ne pas dire qu'ils sont en fin de carrière, avec peu d'intérêt pour l'organisation médicale à l'intérieur de ça.

Je pense qu'on a... Et je ne veux pas mettre des paroles dans la bouche du législateur, mais probablement qu'on a voulu garder un certain équilibre à l'intérieur du conseil d'administration sans se retrouver avec un mégaconseil d'administration. Mais actuellement la situation qui est là, qui ferait qu'on exclurait d'emblée tous les médecins de famille qui oeuvrent en établissement, qui sont souvent, dans beaucoup de régions, ceux qui font la majorité du travail, pour nous, ce n'est pas acceptable. Et c'est pour ça qu'on a suggéré certaines modifications qui sont de deux ordres, soit permettre au CMDP de recommander un médecin de famille, s'il le jugeait à propos, et, dans un deuxième temps, d'exclure cette obligation, pour le département régional, de ne recommander que des médecins qui n'ont pas d'activité en établissement, parce que ça, ça veut dire que je n'ai pas un médecin d'urgence, je n'ai pas un médecin de CLSC, ces médecins-là ne pourraient pas siéger au conseil d'administration.

Mme Lamarre : Comme on est un peu obligés d'extrapoler les phases II, III et IV du projet de loi, est-ce que vous pouvez envisager qu'on voudrait diminuer la place des médecins omnipraticiens dans les établissements?

M. Godin (Louis) : Bien, j'espère qu'on ne veut pas diminuer la place, parce qu'à court terme ça va nous amener immensément de problèmes, là. Dans beaucoup de régions, l'activité hospitalière repose beaucoup sur les épaules des médecins de famille. Donc, je ne peux croire que c'est l'objectif qui est visé dans une deuxième et dans une troisième étape.

Vous comprenez qu'une des difficultés, ce matin, c'est que ce que je comprends, c'est qu'on nous dit : Voilà la première étape, il y en aura une deuxième, il y en aura une troisième, et je ne sais pas quelle va être la deuxième et la troisième. C'est là qu'il rend encore plus difficile l'appréciation de ce que j'ai devant moi aujourd'hui et c'est là qu'il soulève beaucoup d'inquiétude, parce que je ne vous cacherai pas que ce que je vous ai mentionné ce matin, ce que j'ai mentionné ici reflète les commentaires à 98 % de ce que les médecins sur le terrain, autant de régions urbaines que périphériques, nous ont exprimé à l'intérieur de ça.

Mme Lamarre : Bien, effectivement, c'est qu'on ne le sait pas. Et c'est préoccupant, parce qu'il y a peut-être des intentions, mais on ne peut pas les évaluer à leur juste valeur et à leur juste place parce qu'il y a une partie vraiment qui ne nous est pas accessible actuellement dans le plan du ministre, et il nous demande donc de voter sur un morceau seulement.

La dimension... Je voyais, là : «Éviter un virage excessif et revoir l'ampleur des fusions...» Dans le contexte où on apprend, depuis deux jours, que c'est transitoire, ce projet de loi n° 10 là... On ne sait pas trop qu'est-ce qui est transitoire. Moi, je vous avoue, quand je lis la fin, le dernier article, je ne vois pas beaucoup de place pour le transitoire, là, l'article 165 : «Les dispositions de la présente loi entreront en vigueur le 1er avril 2015, à l'exception [...] des articles 138 à 142...» Alors, il y avait déjà une vision du ministre, à ce moment-là, qui était très claire, ça rentre en vigueur le 1er avril 2015. Donc, je ne vois pas la transition.

Est-ce qu'il n'y a pas une forme... En tout cas, est-ce que, dans le projet actuel, il n'y a pas une forme d'improvisation qui en même temps donne une précipitation sur des décisions alors qu'il y a une sous-estimation de l'ampleur du tsunami qu'on est en train de générer? Puis on nous annonce qu'en plus, après le tsunami, on va peut-être... c'est juste un tsunami temporaire, on va en générer un deuxième pour rafistoler ce qui ne sera pas là. Comment vous voyez ça, cette partie transitoire qui est annoncée, là?

M. Godin (Louis) : Bien, comme je vous mentionnais, une transformation de ce genre-là ne peut pas se faire, sur un plan fonctionnel, en quelques mois, là. Et j'ai beau me dire que je vais refaire la façon de travailler des CMDP, je vais refaire la façon de travailler des départements, on va avoir besoin d'un peu de temps, là. Et il va y avoir obligatoirement une certaine période de flou ou d'incertitude à l'intérieur de ça qui va durer quelques mois, qui va durer quelques années, je ne peux pas préciser là-dessus, mais, pendant cette période-là, il est clair qu'il y aura des décisions ou il y a des actions qui devraient être prises qui ne pourront pas être prises à l'intérieur de ça. Et c'est là, je vous dirais, qu'est notre inquiétude. C'est que, demain matin, dans les faits, j'ai un CMDP qui est réuni, j'ai un département d'urgence, j'ai un département clinique de médecine générale. J'ai cette réalité-là et je vais devoir vivre avec ça certainement pendant une courte période de temps. Et là, pour nous, c'est clair qu'il y aura une urgence rapidement, si on allait de l'avant là-dedans, d'arriver avec une adaptation locale, que je mentionne depuis le début de mon intervention ici.

Mme Lamarre : Bien, nous partageons aussi l'urgence pour améliorer l'accès aux soins. Et je pense que, les gens qui nous écoutent et qui sont assis à la maison, c'est ça, leur priorité.

On se rend compte que ce qu'on va devoir mettre les énergies sur autre chose pendant peut-être plusieurs mois, plusieurs années, et ça, ça risque encore d'escamoter... Parce que, j'imagine, le médecin qui tout à coup se voit obligé de se déplacer entre trois établissements pour assurer des services, il n'aura pas le temps d'être plus disponible, là. La disponibilité supplémentaire, elle va être dans sa vocation ou elle va être à gérer autre chose que de se rendre disponible auprès des patients. C'est préoccupant pour vous?

M. Godin (Louis) : Bien, c'est clair que toute organisation qui se fera de façon régionale plutôt que locale sera moins efficiente, particulièrement pour ce qui est de la première et de la deuxième ligne, à l'intérieur de ça.

Je vous dirais en même temps que la grande préoccupation des médecins de famille, particulièrement ceux qui sont à l'extérieur de l'établissement, c'est quand on verra le jour où on aura un accès à ce qu'on réclame depuis fort longtemps, c'est-à-dire tous les moyens qu'on réclame pour travailler à l'intérieur de nos cliniques, ces accès rapides à l'établissement, que ce soit pour la consultation, l'investigation et les traitements. C'est ça qui préoccupe le plus les

médecins et c'est ça qui inquiète actuellement le plus, parce qu'ils se disent : Si je passe d'une structure très locale... et que je n'ai rien pour remplacer ça, et qu'on a simplement une approche très régionale, comment je vais avoir la certitude que je vais améliorer la situation quand le centre de décision va être à 150 kilomètres de chez nous?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, Dr Godin. Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole au député de La Peltrie pour un bloc de neuf minutes.

M. Caire : Merci, M. le Président. Bonjour à vous trois. Dr Godin, vous avez exprimé clairement que la fédération était favorable à l'abolition des agences. Du moment où on abolit une structure régionale, on s'entend qu'il y a des responsabilités régionales qui ne sont donc plus assumées par personne. Comment, vous, auriez-vous réorganisé, à ce moment-là, le réseau?

M. Godin (Louis) : Je pense que c'est sûr qu'il y a certaines responsabilités qui doivent se retrouver au niveau central. Notamment, je veux dire, l'allocation des ressources, je ne peux pas demander à quelqu'un sur un niveau plus local de s'allouer lui-même les ressources à lui-même. Mais en même temps il faut s'assurer, selon nous, que certaines situations, notamment au niveau de la coordination... que ça, ça s'amène plus au niveau local.

Et, comme je le mentionnais tout à l'heure, comme il me manque quelque chose pour apprécier la fonctionnalité de tout ça, ça rend mon appréciation de l'opération beaucoup plus difficile. C'est que je crains, plutôt que d'avoir créé un palier central et un palier local qui est celui des actuels CSS, d'avoir créé un palier central puis un palier régional. Et là je suis dans l'incertitude de ce qu'il y aura sur le plan local. C'est là qu'est notre principale préoccupation.

M. Caire : Donc, je comprends que, qu'administrativement on ait régionalisé certaines responsabilités, vous n'êtes pas en opposition à ça. Ce qui vous inquiète, c'est que, dans l'organisation de la prestation de services, vous êtes un peu dans le néant avec le projet de loi. Vous dites : O.K., mais comment est-ce que je vais être capable d'organiser de façon locale ma prestation de services? C'est là où vous souhaiteriez avoir des précisions. Mais vous n'êtes pas contre le palier régional, vous dites juste que le palier local manque de précision dans ses responsabilités.

• (12 heures) •

M. Godin (Louis) : C'est clair que, pour nous, là, les services qui ne sont pas directs aux patients et qui font partie plus de l'administration, que ce soit la gestion financière... de façon honnête, c'est beaucoup moins préoccupant pour nous. Ce qui est très préoccupant, c'est ce qui se donne directement aux patients, particulièrement lorsque tu travailles en première et en deuxième ligne, là. Les patients de nos médecins de famille, ils sont dans le même quartier qu'eux, ils sont à la porte voisine, et d'avoir à aller transiter dans une structure régionale alors que je pouvais le faire beaucoup plus proche... Avec déjà des difficultés, parce que j'ai déjà des difficultés à obtenir le corridor de services et la fluidité quand ça... Je peux parler à côté de la porte de chez nous. Avez-vous pensé qu'est-ce que ça va être quand je vais avoir à parler à l'instance régionale, où je vais avoir de moins en moins de contacts? Et sans parler des contraintes géographiques liées à ça.

M. Caire : Dr Godin, j'ai envie de vous poser la question : Dans le contexte du projet de loi qui nous est proposé, comment souhaiteriez-vous qu'on le bonifie dans le sens où vous souhaitez aller, c'est-à-dire que, oui, il y ait une régionalisation administrative, mais qu'on conserve à chaque, je dirais, réseau local une certaine capacité à gérer la prestation de services? Est-ce que vous dites que c'est totalement incompatible avec le projet de loi qui nous est proposé ou vous nous dites : Il y a des bonifications qu'on peut faire au projet de loi qui seraient de nature à nous rassurer sur le contrôle que les localités pourraient garder sur l'organisation de leurs services?

M. Godin (Louis) : Ce qui doit être fait, à notre sens, là, si le projet de loi était comme il est là : je dois absolument avoir une étape II où je recrée rapidement et même bonifie tout ce qui est l'aspect local des services et des réseaux locaux de services. La question qui revient, c'est qu'on a déjà quand même une certaine structure. Est-ce qu'il n'aurait pas été possible de centraliser surtout l'aspect administratif, et de laisser ce qu'on avait là en termes locaux, et même de le bonifier, plutôt que de, là, tout centraliser?

Mais, si c'était le cas, moi, je vous le dis, pour nous, les médecins de famille, il est impératif que rapidement on procède à cette deuxième opération-là, parce que, si ça ne se faisait pas rapidement, plutôt que d'avoir des gains, on risque d'avoir des pertes en termes d'efficacité et de qualité des services qu'on va donner proche de la population.

M. Caire : Vous avez aussi exprimé une préoccupation très claire quant à la possibilité de politiser le réseau par les pouvoirs qui sont donnés au ministre de faire beaucoup de nominations, notamment au niveau des conseils d'administration et des P.D.G. et P.D.G. adjoints des CISSS. J'aimerais vous entendre là-dessus, j'aimerais que vous développiez cette question-là, parce que c'est une préoccupation que j'ai, moi aussi.

M. Godin (Louis) : Bien, écoutez, pour nous, c'est clair. À partir du moment où le ministre peut nommer toute la structure de gouvernance, bien c'est clair qu'il y a un risque de politisation.

On fait une première suggestion, dans notre rapport, et c'est qu'au moins les représentants des CMDP, départements régionaux, conseils multis, etc., ces gens-là soient nommés, que ce soit le département ou que ce soit le conseil des médecins et dentistes qui fasse sa recommandation, et que ce ne soit pas à la discrétion à l'intérieur d'une liste, à l'intérieur de ça. Je ne vous cacherai pas qu'on aurait aimé pouvoir pousser un petit peu plus loin la réflexion sur la

nomination des autres membres, surtout pour s'assurer d'aller chercher les expertises variées qu'on a de besoin à l'intérieur d'une bonne gouvernance. On a encore besoin, je vais dire, de... Notre réflexion n'est pas terminée là-dessus. On aurait pu penser à un processus électif, mais on sait que ce n'est pas toujours un grand succès, ça, ces processus électifs là. Mais est-ce qu'il y aurait peut-être une autre forme à partir de banques d'administrateur ou de... différentes suggestions qui pourraient être faites, à la fois la représentation des patients, des groupes socioéconomiques, des groupes communautaires, etc., pour combler ces postes-là au conseil d'administration?

Mais à tout le moins il y aurait un premier pas qui pourrait être fait. Plutôt que ce soit à partir d'une liste fournie par le DRMG, que ce soit, par exemple, pour le DRMG, le médecin qui sera recommandé par le DRMG qui pourrait siéger au conseil d'administration.

M. Caire : Je vous fais une suggestion pour réflexion future, parce que je comprends que, dans le processus qui va suivre, la FMOQ ne restera pas inactive, mais, s'il y avait une préoccupation à ce que les conseils d'administration de CISSS puissent être nommés par l'expression d'une volonté régionale... Puis comme vous j'ai pris note du rapport du Vérificateur général, puis on sait que le processus électif n'a pas très bien fonctionné, ça ne donne pas nécessairement non plus le niveau de compétence souhaité au niveau des conseils d'administration d'établissement de ce type-là. Donc, il faudrait effectivement réfléchir à une autre forme. Mais qu'il y ait une certaine mainmise de la région sur son conseil d'administration et que le conseil d'administration soit celui qui nomme le P.D.G. et le P.D.G. adjoint, là, comme ça se fait à peu près partout, est-ce que ça, ce serait de nature à vous rassurer puis à mettre un genre de barrière ou de mécanisme de contrôle qui empêcherait, là, une politisation du réseau?

M. Godin (Louis) : C'est sûr qu'il faut trouver une façon, comme vous l'exprimez, de permettre localement et régionalement aux gens qui y vivent et aussi les différentes organisations qui sont là, autant médicales, économiques qu'autres, de pouvoir s'exprimer. Comme je vous dis, on n'a pas encore... on n'a pas eu le temps de voir qu'est-ce que pourrait être concrètement cette forme-là, mais ça pourrait être, selon nous, une voie à explorer. Ce que l'on veut, c'est que... Il faut s'assurer qu'à quelque part les patients, les professionnels et aussi la société civile qui entoure une région aient une voix à l'intérieur de ça et en même temps pour y créer un sentiment d'appartenance. C'est important, je vous dirais, que régionalement et localement on ait ce sentiment d'appartenance là; que cette structure qui dispense les soins de santé, qui est responsable de la dispensation des soins de santé, bien, on ait quelque chose à y voir. Et, je ne vous le cacherais pas, on a eu beaucoup de commentaires de médecins qui nous ont dit, par rapport... surtout dans les plus petits établissements, où ils sentaient perdre ce petit hôpital là dans lequel ils ont consacré beaucoup de temps, beaucoup d'énergie et... de perdre l'influence mais en même temps d'être capable de l'influencer positivement pour répondre aux besoins de la clientèle qu'ils desservent.

Le Président (M. Tanguay) : Pour un dernier 10 secondes.

M. Caire : Mon Dieu! Merci beaucoup, Dr Godin.

Des voix : Ha, ha, ha!

Le Président (M. Tanguay) : Bravo! Alors, je cède maintenant la parole à Mme la députée de Gouin pour un bloc de trois minutes.

Mme David (Gouin) : Merci, M. le Président. Messieurs, bonjour. C'est absolument rafraîchissant de vous entendre. Et particulièrement lorsque vous exprimez craindre l'hospitalocentrisme, franchement, merci, parce que ça fait partie de mes préoccupations.

Peut-être un peu dans la suite de mon collègue, j'aimerais vous entendre sur la possibilité... Plutôt que d'avoir cette structure régionale très lourde avec un conseil d'administration à peu près entièrement nommé par le ministre, si on renforçait les CSSS, si on allait plus... pour ne pas tout défaire et revenir à il y a 20 ans, ce qui serait peut-être souhaitable mais paraît difficile à l'étape actuelle, renforcer les CSSS, y inclure davantage d'organisation de deuxième ligne et de troisième ligne, parce que vous nous dites qu'il n'y a pas toujours les liens qui sont pourtant nécessaires entre la première et la deuxième ligne, est-ce que ça pourrait vous apparaître comme une avenue qui vous permettrait de faire votre travail comme vous le désirez et qui permettrait aussi à la population d'un sous-territoire en région ou de plusieurs quartiers de Montréal d'avoir ce sentiment d'appartenance à une organisation mais qui au lieu d'être régionale est sous-régionale?

M. Godin (Louis) : Je pense que qu'est-ce que vous décrivez là, c'est un peu tous les aspects que l'on essaie de soulever sur la fonctionnalité du système, de s'assurer, je vous dirais, qu'on est proche du patient. Et ça, ça veut dire, pour certains endroits, garder le statu quo actuel. Ça pourrait dire, pour d'autres, peut-être de le bonifier un peu, d'y greffer d'autres établissements, parce qu'il y a peut-être effectivement des économies que l'on peut faire et des gains d'efficacité que l'on peut faire à l'intérieur de ça.

Et je reviens, je veux dire, à ce que j'ai dit à quelques reprises depuis le début. Notre préoccupation, c'est que... N'amenons pas toute l'administration sur le plan régional. Mais, en amenant aussi toutes les décisions cliniques et toute l'organisation clinique, il faut absolument que les décisions cliniques et l'organisation clinique restent sur le plan local et, je vous dirais même, plus loin que... parce que ça va être beaucoup plus facile que l'on tienne compte de ce qui se passe à l'extérieur de l'établissement. Et, vous savez, c'est là qu'est probablement le plus grand enjeu de notre système de

santé : Qu'est-ce qui se passe à la maison du patient? Qu'est-ce qui se passe à son domicile? Parce qu'on sait que, si on veut être efficient, il faut être capable de lui apporter les services là. Et là il y a tout un défi à l'intérieur de ça, et ce n'est pas en régionalisant qu'on va être capable de faire ça. Il faut absolument garder l'organisation sur le plan local.

Mme David (Gouin) : Et est-ce que vous croyez possible une meilleure intégration de l'ensemble des établissements au Québec et entre autres à Montréal dans les CSSS actuels?

M. Godin (Louis) : Ce serait possible. Ce serait possible, je vous dirais, à l'intérieur de ça. Est-ce qu'on est capable d'aller chercher tous les gains administratifs? C'est cet aspect-là, je veux dire, qu'il faut regarder. Je pense qu'on peut faire une certaine intégration administrative et je pense qu'on doit la faire mais en ne perdant pas de vue... Il ne faut pas en même temps apporter tout le secteur clinique ou tout le secteur de l'organisation des services, où là il faut y garder un aspect local parce que sinon on va perdre l'objectif qu'on avait.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, merci beaucoup. Alors, il nous reste à vous remercier, les représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Et, compte tenu de l'heure, je suspends les travaux.

(Fin de la séance à 12 h 10)