



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le vendredi 5 décembre 2014 — Vol. 44 N° 25

Étude détaillée du 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 (5)

**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 vendredi 5 décembre 2014 — Vol. 44 N° 25

Table des matières

Étude détaillée (suite)

1

Intervenants

M. Marc Tanguay, président

M. Gaétan Barrette
Mme Diane Lamarre
M. Éric Caire

Le vendredi 5 décembre 2014 — Vol. 44 N° 25

**Étude détaillée du 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 (5)**

(Douze heures vingt 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.

Le mandat de la commission est de procéder à l'étude détaillée du 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 Hivon (Joliette) est remplacée par M. LeBel (Rimouski); M. Lisée (Rosemont) est remplacé par M. Bergeron (Verchères); et Mme Richard (Duplessis) est remplacée par M. Pagé (Labelle).

Étude détaillée (suite)

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, hier, lors de l'ajournement de nos travaux, nous étions à l'étude du sous-amendement déposé par la députée de Taillon à l'amendement à l'article 8. Je suis prêt maintenant à entendre d'autres interventions sur ce sous-amendement. Peut-être Mme la députée de Taillon?

Mme Lamarre : Oui. En fait, j'avais fait une ou deux minutes sur ce sous-amendement. D'abord, je tiens à remercier le fait qu'on ait accepté, là, de... Je pense que c'est tout à fait positif qu'il y ait un pharmacien au sein des CISSS, et ça, on voit que ça a été bien entendu de la part du ministre.

Hier soir, je n'avais pas toute l'information, mais je suis allée rechercher, M. le ministre, non seulement le mémoire de l'Ordre des pharmaciens, mais également celui de l'Association des pharmaciens d'établissements de santé, et, dans les deux cas, ils faisaient une demande que soit maintenu dans le fond la participation d'un membre du comité, que le pharmacien soit issu du Comité régional des services pharmaceutiques.

Je sais que le CRSP, c'est peut-être quelque chose qui est moins connu parce que c'est plus récent, mais ça date quand même d'environ huit à neuf ans, et c'est vraiment... ça s'est inscrit, la création de ce CRSP, dans la foulée de justement ce qui nous préoccupe en termes d'objectifs par le projet de loi n° 10, c'est-à-dire d'améliorer l'accès, de favoriser et simplifier l'accès aux services, d'assurer une espèce de continuum de soins et de valider que ce continuum-là se faisait bien aussi au niveau non seulement des médicaments, mais des soins et des services pharmaceutiques.

Je veux peut-être porter à votre attention, M. le ministre, le mandat d'un Comité régional de services pharmaceutiques. Je sais que vous connaissez bien tout le réseau d'établissements de santé, mais la mission de ce CRSP, c'est dans la perspective... et ça rejoint, je pense, très bien le mandat de gouvernance du projet de loi n° 10. Alors, dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le Comité régional de services pharmaceutiques a pour mandat de faire des recommandations et de donner des avis au P.D.G. de l'agence, donc ce sera maintenant au ministre, au regard de l'organisation des services pharmaceutiques, la planification de la main-d'oeuvre, l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que les projets relatifs à l'utilisation des médicaments, les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques. Donc, c'est vraiment un mandat de continuité, de lien entre la première ligne, et je dirais même la prépremière ligne, la première ligne et tout le système des établissements de santé. Et il y a, au sein de ce CRSP, deux pharmaciens d'établissement de santé et deux pharmaciens d'officine, mais, dans le cas des quatre personnes qui sont choisies, leur mission et leurs activités en lien avec le mandat du CRSP, c'est vraiment de favoriser et de trouver des mécanismes pour assurer la continuité.

Hier, en fin de soirée, j'ai évoqué un élément de liaison qui a été associé à un risque élevé d'incidents et d'accidents, et je sais que le ministre est préoccupé par la sécurité de notre réseau, et il y a beaucoup, beaucoup d'incidents et d'accidents au niveau des médicaments qui sont dus aux admissions à l'hôpital et aux sorties d'hôpitaux. Et, avec ce constat-là, Agrément Canada est arrivé rapidement, il y a trois ans, et a imposé à tous les hôpitaux d'avoir un système de bilan comparatif des médicaments. Et pourquoi je parle de ça? Parce qu'on s'est rendu compte qu'il y avait énormément d'erreurs, vraiment un grand, grand nombre d'erreurs. Je vais vous donner un exemple : quand un patient arrive à l'hôpital, bien, très souvent, on ne sait pas quels médicaments il utilise, et donc, avant, on y allait un peu en fouillant dans la sacoche des gens puis en essayant de trouver qu'est-ce qu'il y avait; maintenant, il y a un système qui fait que, dès l'arrivée à l'urgence, on envoie un message aux pharmaciens d'officine et on demande une liste de ses médicaments. Bien sûr, quand le DSQ va être complètement déployé, on n'aura plus à faire ça, mais, pour l'instant, on a encore à le faire pour un grand nombre de patients. Mais le bilan comparatif des médicaments a plusieurs autres volets : un volet qui fait qu'à chaque fois qu'à l'intérieur d'un hôpital un patient change d'unité, eh bien, il y a un autre bilan qui l'accompagne et qui suit ce patient-là pour que même à l'intérieur de l'hôpital on soit assurés.

Mais le grand, grand enjeu aussi, et ça, les médecins ont souvent évoqué ce problème-là, c'est à la sortie de l'hôpital, parce que, quand le patient quittait, dans bien des cas, il y avait eu une consultation en cardiologie, par exemple, une consultation en pneumologie, donc il y avait deux ou trois ordonnances plus un médecin qui faisait une ordonnance de base avec quelques médicaments. On sait que les formulaires de médicaments dans les hôpitaux sont différents des médicaments, parfois, que le patient recevait à la maison, donc il y avait une liste de médicaments sur deux, trois papiers. Et c'est là qu'on a constaté qu'il y avait énormément d'erreurs également aux sorties d'hôpital, parce qu'il n'y avait pas de standardisation et de, vraiment, comparaison, et c'est le principe du bilan comparatif des médicaments entre les médicaments à l'admission, ceux qu'on voulait vraiment qu'ils changent à cause de l'épisode d'hospitalisation et la médication qu'on souhaitait vraiment que le patient ait, de façon claire, nette et précise, à la sortie d'hôpital.

Donc, tout ça, je vous dirais que les CRSP y contribuent énormément. Et, en termes de sécurité, c'est un des instruments qui a un impact très, très significatif sur la continuité et la sécurité de la thérapie médicamenteuse des citoyens.

Donc, le bilan comparatif des médicaments n'est plus une option. C'est une condition, maintenant, de demander, pour l'agrément des établissements de santé. Et donc les CRSP ont vraiment travaillé très, très fort sur ça, et l'esprit des pharmaciens qui y travaillent, c'est vraiment d'assurer cette continuité-là.

Maintenant, il y a également, au niveau de la présence des pharmaciens et de ce qu'on recherche comme compétence au sein, je le rappelle, d'un conseil d'administration d'un CISSS... dont la mission n'est pas de gérer des médicaments ni dans une pharmacie communautaire, dans une pharmacie d'officine, pharmacie de coin de rue, ni dans les hôpitaux. Ce n'est pas ça, la mission de ce qu'on attend d'un pharmacien qui va siéger au sein d'un centre intégré de santé et de services sociaux, c'est vraiment de contribuer à l'intégration des soins et des services tout au long du continuum de médicaments que le patient prend. Et donc ça peut très bien être un pharmacien d'hôpital, il y a beaucoup de pharmaciens d'hôpitaux maintenant qui font des heures en pharmacie d'officine, ça peut également être un pharmacien d'officine qui a une préoccupation pour assurer une liaison.

Et je veux juste dire que, dans les régions, très souvent, avec les CRSP, il y a eu des choses extraordinaires qui se sont faites, peu importe l'allégeance du pharmacien. Donc, c'est plus, vraiment, la philosophie des membres d'un CRSP qui est vraiment celle qui rejoint la volonté, et les objectifs, et l'objet même du projet de loi n° 10, qui est d'améliorer l'accès et vraiment d'assurer une continuité mais aussi une efficacité et une efficacité.

• (12 h 30) •

Et, si je peux apporter un autre élément à ce niveau-là, je pense que c'est important, quel que soit le pharmacien qui sera à cet endroit-là, qu'il ait une conscience du fait que les médicaments prescrits à l'hôpital ont un impact également sur la pratique ambulatoire. Et, parfois, les économies qu'on pense faire à l'hôpital vont occasionner des coûts très élevés au niveau de l'ambulatoire. Et, M. le ministre, je cite l'exemple du Nexium, que vous connaissez, probablement, où on a pensé économiser en ayant le Nexium à très bas prix dans les hôpitaux, sans réaliser que, progressivement, ce médicament-là, qui est un médicament pour l'estomac, s'est retrouvé majoritairement prescrit, à presque tous les Québécois... 60 % des Québécois qui prenaient cette classe de médicaments là, pour laquelle il y avait cinq autres médicaments, prenaient le Nexium. Le Nexium coûtait 2,50 \$, mais il était presque gratuit dans les hôpitaux, et les autres coûtaient 0,55 \$. Alors, vous comprenez que, pour se priver de quelques patients qui, pendant trois ou quatre jours à l'hôpital prenaient un médicament qui valait 2,50 \$, l'investissement était très bon de dire : Oui mais, après, on va l'offrir et des gens vont pouvoir continuer à le prendre quand ils vont être dans leur maison chez eux pendant des années, et ils vont prendre un médicament à 2,50 \$ au lieu de 0,55 \$. Et l'application simple de cette mesure-là sur le Nexium a amené des économies de 35 millions de dollars en six mois, alors qu'on prévoyait 35 millions en un an. Mais, déjà, en six mois, il y a eu un impact. Et je suis sûre que le ministre doit penser à d'autres classes médicamenteuses auxquelles cette approche pourrait s'appliquer.

Mais c'est juste pour vous dire que le CRSP est l'organisme qui a pu permettre et qui peut permettre de réfléchir à d'autres classes médicamenteuses pour lesquelles c'est le plus pertinent, et donc un impact réel sur le bon usage du médicament, mais aussi le bon choix thérapeutique du médicament et certains écarts qu'on retrouve parfois entre l'organisation tout bien intentionnée d'un milieu ou d'un autre.

On a aussi de plus en plus de pharmaciens qui travaillent dans des GMF, qui sont la plupart du temps ceux qui sont membres du CRSP, qui ont une pratique hybride, qui est souvent dans une clinique d'un groupe de médecins famille souvent adjacente à l'hôpital et qui ont vraiment les expériences conjointes.

Alors, je vous dirais que le pharmacien, quelle que soit son allégeance, soit d'établissement de santé ou d'officine, est conscient de la continuité des soins pré et posthospitalisation. Je pense que c'est ça qui est notre critère. Parce que ce qu'on veut, c'est ni un hyperexpert très, très pointu en hôpital ni quelqu'un qui ne fait que de l'officine exclusivement dans son milieu, mais c'est quelqu'un qui a vraiment une vision. Et là on est dans des compétences, qu'on va voir tantôt, dans des profils et des qualifications pour notre C.A. — peut-être pas tantôt, mais la semaine prochaine, mettons — et on va certainement voir ça. Mais on parle de compétences. Et donc ce qui va être important, c'est que ce pharmacien-là, qui sera membre du conseil d'administration du CISSS, ait la vision de la continuité, qu'il ait la vision de l'efficacité et de l'efficacité des coûts des médicaments, mais de la trajectoire de soins également des patients. Et on sait que ça, c'est important.

Donc, c'est ça qui est le facteur déterminant. Et le CRSP est le bon véhicule, selon moi, pour vraiment rallier tout ça. Alors, je pense que c'est très important. Bien, en tout cas, moi, je considère qu'on n'a pas tant que ça dans nos... Vous savez, le pharmacien, quelle que soit sa pratique, va être quelqu'un qui est souvent le trait d'union entre l'infirmière, le médecin, l'inhalothérapeute, le physiothérapeute, l'infirmière, le travailleur social. Nous, ils finissent tous par arriver auprès d'un pharmacien. La majorité des Québécois, et, quand on pense de masse critique... la majorité des Québécois fréquentent des cliniques médicales, un CLSC et un pharmacien. Je redis au ministre qu'au sein des CRSP il y a des pharmaciens d'établissements de santé et il y a des pharmaciens d'officines et que, dans le fond, c'est le pendant du DRMG.

Quand on a changé hier notre constitution, notre choix du médecin omnipraticien, qu'on a dit qu'il devait venir de la direction générale, de médecine générale, bien, le pendant de ça, pour la continuité, qui a la responsabilité de voir à la continuité, à la fluidité des soins pharmaceutiques, eh bien, l'organisme, c'est le CRSP. Le CMDP a d'autres fonctions, mais il n'a pas celle de s'assurer de la fluidité et de la continuité. Et donc les pharmaciens qui y sont peuvent avoir différentes origines, mais ils doivent avoir une préoccupation, et c'est la mission qui leur est donnée, de veiller à l'organisation des services et d'avoir une vision orientée sur ça, de planifier la main-d'oeuvre, l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, l'utilisation des médicaments, les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Alors, à ce moment-ci, je suis prête à laisser la parole à d'autres collègues, mais je crois sincèrement que la demande des deux organisations qui sont venues faire référence aux pharmaciens, incluant l'Association des pharmaciens d'établissements de santé... et la structure qui avait été déjà autorisée au sein des agences, c'était le CRSP.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, très rapidement, pour résumer ce que Mme la députée de Taillon vient de dire, là, on... et mettre en contexte, le CISSS, c'est un établissement. Pour ce qui est de la fonction du représentant du pharmacien au CMDP, sa fonction est plus complexe qu'elle ne l'aurait été dans l'établissement non fusionné. Et ça a des contingences et des particularités — ils sont très pointus — qui, à mon avis, justifient que le pharmacien qui soit choisi le soit parmi les pharmaciens qui soient en établissement pour ces raisons-là.

Par contre, je comprends et je suis d'accord avec l'importance d'avoir le lien avec la communauté et donc d'avoir le lien avec les pharmaciens d'officine. Et c'est ce rôle que faisaient les pharmaciens dans les CRSP, O.K.? C'est tout à fait vrai, là. Je n'ai aucun doute là-dessus. On ne peut pas avoir les deux, évidemment — compte tenu de l'article 8 tel qu'amendé, on ne peut pas avoir les deux, actuellement — alors il faut trouver un moyen d'avoir les deux tout en faisant en sorte, à mon avis, que, dans le CISSS, qui est un établissement et non une agence, la fonction de l'organisation des soins pharmaceutiques et tout ce qui vient avec, notamment le contrôle de qualité et la sécurité, on ait un expert pointu là-dedans. Mais, en même temps, je suis d'accord qu'on doit avoir l'autre.

Alors, je ne sais pas si vous avez eu la chance d'avoir... ou le temps de pouvoir converser hier, là, après la session parlementaire... pas la session parlementaire, mais cette session d'étude article par article... Hier, j'avais une discussion avec le député de Labelle pour des aspects similaires qui faisaient en sorte qu'après une réflexion commune ça nous amenait à la possibilité de se servir des comités aviseurs — qui seront débattus à l'article 131 — pour y mettre là des gens qui ont des fonctions plus de proximité dans des secteurs plus spécialisés. Et justement voilà un autre exemple parfait où on peut faire les deux, c'est-à-dire être près de la communauté dans le service pharmaceutique et d'avoir quelqu'un sur ce comité aviseur là qui aurait ce rôle-là et qui pourrait venir donc du groupe des pharmaciens d'officine tout en préservant l'expertise pointue qui doit exister au conseil d'administration du CISSS, qui est un établissement. Alors, évidemment, le conseil d'administration du CISSS, c'est un conseil d'établissement qui nécessite un exercice pointu, alors que le lien avec les pharmaciens d'officine, qui sont sur le terrain, est essentiel, j'en conviens, mais il me semble que le véhicule idéal serait évidemment le comité aviseur, qui est prévu à la loi et qui sera éventuellement amendé lorsqu'on arrivera à l'article 131.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Merci, M. le Président. J'ai écouté ma collègue de Taillon et le ministre et là la question que je me pose, en fait, et que j'ai envie de leur poser, c'est le : Qui fait quoi où? M. le Président, ça fait très, très, très longtemps qu'on dit que la solution principale au Québec pour augmenter la performance de notre réseau est l'accessibilité, c'est les soins de première ligne. Je sais qu'il y a une préoccupation du ministre à cet effet-là qui s'est traduite, en partie, dans le projet de loi n° 10 et qui essaie de se traduire, en partie, dans le projet de loi n° 20. Mais je pense que ce que ma collègue amène comme élément correspond à cette préoccupation-là.

Et, M. le Président... Puis je ne dis pas que ce que le ministre propose n'est pas bon, là, mais je pense qu'on aurait tous avantage à l'entendre un petit peu plus là-dessus, parce que je comprends que le CISSS n'est pas une agence, mais le CISSS a une responsabilité populationnelle, il a la responsabilité aussi d'organiser les soins sur son territoire de desserte et il a la responsabilité d'organiser les soins de santé et de services sociaux sur son territoire de desserte, donc. Et ces décisions-là, ces grandes décisions-là, elles vont se prendre au conseil d'administration.

Et peut-être que je me trompe, là, je le dis vraiment avec toute l'humilité que mon commentaire requiert, là, mais, si on continue à se donner une direction hospitalocentriste, est-ce qu'on ne va pas continuer à favoriser les missions hospitalières et peut-être à négliger la première ligne?

C'était le sens du commentaire que j'avais apporté au ministre quand j'ai parlé de la nomination du médecin omnipraticien par le CMDP plutôt que par le Département régional de médecine générale. Je pense que le ministre est allé dans le bon sens avec l'amendement qu'il a proposé à son propre amendement.

Et je vais avoir besoin de l'éclairage de mes collègues, mais est-ce qu'on ne va pas... par rapport à la proposition de ma collègue de Taillon, est-ce qu'on ne va pas exactement dans ce sens-là et donc à contresens, en disant : Non, non, il faut absolument que le représentant des pharmaciens, qui est au conseil d'administration, soit issu du milieu hospitalier? Parce que son expertise, que je reconnais pleinement, là, que je la reconnais dans le continuum de services... Mais, dans la vision de l'organisation des soins, est-ce que cette expertise-là, elle est absolument essentielle? Puis je pose sincèrement la question. Et à partir de là, dans les comités consultatifs, est-ce que le pouvoir d'un pharmacien, qui aurait peut-être plus une vision du terrain, des soins de proximité... Est-ce que cette vision-là ne sera pas diluée dans un comité qui aurait peut-être moins d'impact que s'il était le représentant au conseil d'administration?

• (12 h 40) •

Le Président (M. Tanguay) : M. le ministre.

M. Barrette : Je vais essayer d'être concis, là, le plus possible. Hier, je disais que ce sont deux sous-groupes qui ne sont pas pareils. Dans le langage populaire, là, on dit souvent, de deux groupes pas pareils : Ce n'est pas la même race, même si c'est la même espèce. Et, dans ce monde-là, c'est un peu ça. On pense que les deux ont la même expertise. Ils n'ont pas la même expertise. Ils n'ont pas non plus la même responsabilité.

En établissement, là, il y a un côté clinique beaucoup plus pointu qu'en officine. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas en officine, là. Je dis que c'est beaucoup plus pointu et même, je dirais, plus complexe. En établissement, il y a une responsabilité professionnelle et légale qui est aussi plus complexe. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas non plus de l'autre bord, là, je dis juste que c'est un cran de plus dans la distribution, dans l'organisation, dans le contrôle de qualité, dans l'intégration, la collaboration avec les médecins, les infirmières et le reste du... C'est un environnement et une culture particuliers. Ça demande donc des compétences. Je ne dis pas que l'autre n'en a pas, là, je dis juste que c'est plus pointu. Et ce n'est pas une question d'être hospitalocentriste, c'est juste que, dans un CISSS, il y a un côté, là, qui est propre à l'environnement hospitalier et qui a des exigences et des contingences qu'il n'y a pas en pharmacie. Puis je ne dis pas que les pharmaciens d'officine sont ignorants en la matière, je dis que, quand on regarde ça en termes de gestion de risques, là, l'expertise nécessaire pour la gestion du risque est plus demandante à l'hôpital.

Maintenant, quand la députée de Taillon nous parle de l'importance d'avoir le lien avec l'extérieur, elle a raison. Puis, quand elle nous raconte le potentiel d'avoir des accidents, des mauvaises décisions, un mauvais suivi, c'est tout vrai, ça, O.K.? Mais c'est à l'extérieur de l'hôpital. Et c'est la raison pour laquelle moi, je propose... Là, je fais un aparté : on voudrait les deux, là, on voudrait les deux, puis le seul moyen d'avoir les deux, c'est de soit avoir deux membres — puis ça, ce n'est pas bon pour les mêmes raisons qu'on a dites hier — soit avoir un lien ou la présence de l'autre partie sur le terrain dans le véhicule de 131, qui est celui des comités aviseurs. Parce que l'hôpital a ses... l'hôpital... Le CISSS, qui est un établissement, a ce rôle-là. Ce n'est pas pour rien que... le CRSP, ce n'est pas pour rien qu'il était à l'agence à l'époque puis qu'il n'est pas à l'hôpital. Il a été à l'agence parce que c'est une question de communauté. Alors, dans la formule que j'envisage, j'aurais, c'est qu'il y ait cette fonction-là, une nomination comme celle-là, dans le comité aviseur des CSSS, qui sont une possibilité dans l'état actuel du projet de loi. Et là on arrive à faire exactement les deux parfaitement, à mon avis. On a un côté aviseur sur le terrain et une expertise pointue à l'hôpital.

L'autre élément qui m'embête — et là je vais vous dire clairement, M. le député ainsi qu'à Mme la députée, bien, à tout le monde, en fait — l'autre élément qui m'embête, c'est que — et là je ne dis pas ça péjorativement, c'est juste un fait, c'est juste une réalité — les intérêts d'un pharmacien d'officine incluent des intérêts pécuniaires financiers qui ne sont pas...

Une voix : ...

M. Barrette : Quoi?

Une voix : ...

M. Barrette : ...qui ne sont pas, à mon avis, nécessairement compatibles avec les intérêts totalement indépendants de ceux dans un hôpital. Ça, pour moi, ça pose potentiellement un problème. Oui, mais c'est parce qu'on ne peut pas y faire abstraction, là, on ne peut pas faire... Dans le merveilleux monde du concept du conflit d'intérêts, là, ça existe, ça. Ça existe. Je dis juste que ça existe. Je ne veux pas faire une dissertation là-dessus, là; moi, ça me rend inconfortable.

Alors donc, ce que je dis, là, c'est qu'on peut faire les deux dans la structure actuelle en passant par 131, et on a nos deux finalités respectives pour ce qui est du débat qu'on a principalement à trois, là, actuellement. On peut le faire très bien dans ce véhicule-là. Et moi, je tiens beaucoup, beaucoup, beaucoup à l'expertise pointue de la personne qui sera dans l'établissement qui est le CISSS, tout comme je conviens de l'importance d'avoir le lien avec leur communauté, mais je pense qu'il y a un autre véhicule qui permet ça.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, M. le député de La Peltrie.

M. Caire : M. le Président, d'abord, d'emblée, je donne raison au ministre : mettre les deux au conseil d'administration viendrait détruire tout ce qu'on a donné comme arguments pas plus tard qu'hier. Donc, ça, je suis d'accord avec lui, c'est impensable. D'avoir les deux est clairement un avantage parce que je pense que ma collègue a fait une brillante démonstration du fait que cette expertise-là, cette connaissance-là, elle est nécessaire.

Quand le ministre dit : D'avoir un pharmacien en officine, ça le met mal à l'aise, parce qu'il y a des intérêts commerciaux qui sont... C'est factuel, il y a des intérêts commerciaux, c'est factuel. Ceci étant dit, il y a deux éléments là-dedans que je rappellerais au ministre. Le premier, c'est que les pharmaciens sont quand même sous l'égide d'un ordre professionnel, donc il y a des mécanismes de contrôle qui font en sorte que les décisions qu'ils prennent doivent répondre à un ordre professionnel. Et je rappellerai respectueusement au ministre qu'à l'époque où il était président de la FMSQ, lui et moi avions discuté d'un projet de loi pour faire en sorte que les cliniques de radiologie soient à propriété à 50 % plus un d'un radiologiste pour que les intérêts commerciaux ne prédominent pas sur la qualité des services, parce que le radiologiste, lui, répondait à un ordre professionnel. Et c'est même à sa demande que nous avons fait cette modification législative là justement pour s'assurer que l'acte primerait toujours sur les intérêts commerciaux. Donc, cette inquiétude-là qu'il a aujourd'hui m'apparaît être une mutation, là, par rapport à des préoccupations qu'il avait légitimement exprimées à l'époque où il était à la FMSQ. Donc, cet argument-là, pour moi, bien que je convienne avec lui qu'effectivement les

pharmaciens en officine ont un souci de rentabilité de leur entreprise que les pharmaciens en établissement n'ont évidemment pas, je pense que cette question-là, elle est adressée adéquatement par le fait qu'ils sont quand même supervisés par un ordre professionnel.

D'autre part, le ministre dit : Les pharmaciens d'établissement ont une connaissance pointue qui amène, au niveau de, je dirais, de la qualité de l'acte, une expertise qui est nécessaire, qui est nécessaire à l'installation. J'en conviens totalement avec lui, j'en conviens totalement avec lui. D'ailleurs, à plusieurs reprises, il a exprimé son souci, notamment quand les représentants des pharmaciens sont venus nous voir sur le fait des erreurs qui s'étaient produites en établissement et de trouver des solutions pour corriger cet état de fait là qui, malheureusement, a un impact extrêmement négatif sur la santé des patients et la qualité des soins. Donc, je conviens avec lui que c'est une préoccupation. Mais est-ce qu'à ce moment-là le pharmacien d'établissement ne serait pas, lui, mieux placé sur le comité avisier, puisqu'il s'agit d'un conseiller, plutôt que sur le conseil d'administration, qui, lui, est un administrateur?

Et la raison pour laquelle je lui pose cette question-là, c'est que je reviens avec cette préoccupation-là de l'orchestration des soins. Parce que le ministre disait tantôt : Bien, cette organisation-là des pharmaciens, elle a été placée au niveau de l'agence, puis ce n'est pas pour rien, c'est parce qu'il y avait une préoccupation territoriale. Mais cette préoccupation territoriale là, c'est le CISSS, maintenant, qui va l'assumer, c'est le CISSS qui va l'assumer. Donc, ce qu'il dit, à mon avis, renforce l'argument ou, en tout cas, à mon avis, de ce que j'en comprends, renforce l'argument pour permettre à un tel pharmacien de siéger sur le conseil d'administration pour continuer d'apporter cette vision-là aux instances décisionnelles qui ont la préoccupation territoriale. Donc, je pense que le meilleur des deux mondes, suite à l'explication que le ministre nous donne et que je juge tout à fait à propos, serait effectivement de bénéficier de ces deux expertises-là, mais l'expertise décisionnelle devrait être celle du comité régional sur les services pharmaceutiques au conseil d'administration et le pharmacien d'établissement au conseil avisier. Il me semble que ça répondrait plus à la logique organisationnelle et la logique de performance que le ministre nous expose.

• (12 h 50) •

Le Président (M. Tanguay) : M. le ministre.

M. Barrette : Je veux simplement dire la même... Je comprends ce que vous me dites, M. le député. C'est juste que l'élément le plus pointu, le plus complexe, le plus potentiellement lourd de conséquences, il est dans le CISSS, et, pour cette raison-là, je pense qu'il faut que le pharmacien, qu'il soit au conseil d'administration. Le CISSS, c'est un CISSS, là, puis le conseil d'administration doit administrer le CISSS avec toutes ses composantes. C'est la raison fondamentale pour laquelle je pense que le pharmacien doit être au conseil et doit être issu de ce groupe-là, tout comme — je suis tout à fait d'accord, on s'entend là-dessus — il doit y avoir un lien avec l'externe, et, comme l'externe est une question communautaire et qu'il y a des comités avisiers dans tous les CSSS, je pense que le véhicule est le meilleur, et là les gens ont à s'arrimer d'une certaine manière, là. C'est vraiment une question, fondamentalement, d'expertise et de gestion de risques dans le CISSS. On vise la même finalité, mais je pense que le véhicule que je propose nous permet plus d'arriver à destination que l'inverse.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de La Peltrie.

M. Caire : ...bref commentaire, M. le Président. Là, je pense que c'est inutile d'étirer le débat non plus, là. Je veux simplement dire : Je pense qu'en n'acceptant pas cette proposition-là on perd une occasion de faire un virage première ligne, envoyer un message clair qu'il faut maintenant donner priorité à la première ligne. C'est un petit peu comme ça que je l'interprète, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : M. le ministre.

M. Barrette : ...juste pour peut-être... Je ne sais pas si ça peut vous faire basculer en termes d'opinion, évidemment, là. Mais un pharmacien d'officine — puis je pense que Mme la députée de Taillon, qui est dans... puis c'est son expertise et c'est son domaine, là — un pharmacien d'officine, là, il n'est pas dans le CISSS, il n'est pas dans le quotidien, il ne... Ce n'est pas le même type d'organisation d'un laboratoire de pharmacie, ce n'est pas le même type de relation, ce n'est pas le même type de médicaments, même, ce n'est pas le même type... Alors, d'où l'importance... Mais, en même temps, c'est important d'avoir le lien avec l'externe. Et là, finalement, on a un débat non pas sur la finalité, mais sur le véhicule. Moi, je pense que le véhicule que je propose amène de façon plus optimale, «optimale» étant d'avoir le meilleur dans les deux places, ce sur quoi on est d'accord.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Je ferais donc un dernier, dernier bref commentaire, M. le Président. Parce que je comprends ce que le ministre dit puis je pense qu'on dit la même chose, mais on ne parle pas le même langage. Je pense que le CISSS... Je pense qu'il faut avoir une vision du CISSS, je dirais, évolutive et donc éventuellement qu'il y ait au sein du CISSS une préoccupation de ces professionnels de la santé qui oeuvrent sur leur territoire et qui assurent un meilleur arrimage. Puis je vais prendre l'exemple... Hier, je parlais des services préhospitaliers d'urgence, où on dit : L'intégration ne se fait pas bien avec le réseau. Et c'est une question qu'il va falloir adresser, ça aussi. Mais pourquoi ne pas... On dit aux échecs : Jouer deux coups d'avance. Pourquoi ne pas jouer deux coups d'avance?

Le Président (M. Tanguay) : D'autres commentaires? Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Bien, évidemment, il y a certaines expressions que le ministre a utilisées, là, en disant : Pas la même race, je n'utiliserais pas ça, mais je vois que vous l'avez fait avec un effort. Mais vous comprendrez que je pense que les pharmaciens ont tous une formation de base identique, une formation de quatre ans, une formation qui est basée sur quelque chose de très uniforme, de très standardisé.

Le ministre a raison, dans le cas des pharmaciens d'établissement de santé, la plupart ont une maîtrise en sciences pharmaceutiques ou en soins pharmaceutiques maintenant qui amène des compétences cliniques particulières, mais qui, très souvent, se matérialise dans la vraie vie de la pratique hospitalière par une... je dirais, une forme de spécialisation, c'est-à-dire que ces pharmaciens-là vont travailler, par exemple, en oncologie, spécifiquement, ou en néphrologie pour les patients dialysés. Donc, il y a certains d'entre eux qui vont avoir une pratique plus transversale, à l'urgence, par exemple. Mais le fait que ce soit un pharmacien d'établissement de santé ne nous garantit pas les compétences transversales qu'on recherche. Et moi, la démarche que je fais, c'est vraiment : pourquoi ne pas faire la même réflexion qu'on a faite pour le DRMG?

Dans les DRMG, on a des médecins de différentes compétences, on a des médecins qui sont propriétaires de cliniques médicales, qui ont peut-être plus un côté entrepreneurial, on a en d'autres qui ont vraiment une approche clinique, on en a qui font principalement des soins palliatifs, on en a qui font particulièrement du travail en CLSC, d'autres en GMF, on ne s'est pas questionnés : Quels sous-groupes on va avoir?

On a dit : Le DRMG a, dans son mandat, le besoin... On va lui envoyer un message clair des compétences qu'on recherche pour le conseil d'administration d'un CIUSSS, et il va nous désigner la bonne personne pour ça, qui tiendra peut-être compte également de la présence des autres membres du conseil d'administration. On se rappelle, là, qu'il va y avoir une désignation donc, et les gens vont certainement se parler et dire : Bien là, il y a déjà quelqu'un qui a telle spécialité, par exemple... si on a un spécialiste, comme représentant du CMDP... mettons l'hypothèse, M. le ministre, qu'on aurait un urgentologue comme spécialiste désigné par le CMDP, bien, on sait qu'on a des médecins de famille qui ont fait une troisième année en urgence et qui sont membres du DRMG, bien j'imagine qu'on ne désignera pas en même temps un spécialiste urgentologue et un médecin de famille ou un omnipraticien qui n'a pas une spécialité, mais qui a une espèce de pratique plus orientée dans la même direction.

Donc, on a fait confiance au DRMG. Ce que les organismes qui nous représentent viennent dire, c'est : Faites confiance au CRSP, on va bien lire ce qui est attendu et on va envoyer la meilleure personne possible. Et je sais qu'on peut avoir, dans certains établissements de santé, des besoins, j'imagine, dans les CIUSSS, par exemple, ça sera peut-être plus évident que ce sera tel type de pharmacien ou telle pratique, mais ce n'est pas la maîtrise qui fait la distinction, c'est beaucoup l'expérience clinique. C'est peut-être plus une expérience de gestionnaire comme pharmacien... Alors, je vais déposer un amendement.

Le Président (M. Tanguay) : Nous sommes sous...

Mme Lamarre : Il est déjà déposé?

Le Président (M. Tanguay) : Nous sommes déjà sous le sous-amendement, alors on ne peut pas sous-amender un sous-amendement.

Ceci mettait fin à la période de temps, aux 20 minutes qui vous étaient imparties. Nous sommes toujours sur le débat sous votre sous-amendement. Je suis prêt à reconnaître un collègue.

M. Barrette : Je vais faire un commentaire, M. le Président...

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

M. Barrette : ...c'est très court, ça ne... On ne peut pas comparer la décision prise pour le DRMG, du côté médical, complètement comparer, faire l'adéquation entre les deux, avec le pharmacien, pour la raison suivante : du côté médical, ce sont des médecins qui n'ont pas de fonctions organisationnelles et administratives dans leur pratique ni en cabinet, pour la plupart, ni à l'hôpital. Zéro. Il n'y en n'a pas un peu, il y en a zéro, à moins qu'ils ne soient sur certains comités. Alors que pour le pharmacien à l'hôpital, vous savez très bien qu'ils ont à gérer au quotidien équipements, personnel, machines, achat de médicaments, distribution et ainsi de suite. Ce n'est pas du tout comparable. Le médecin de famille, là, il voit des patients dans un cubicule, dans son cabinet, puis, quand il est à l'hôpital, il voit des patients dans un cubicule à l'hôpital ou dans une chambre. Aucun rapport, là, c'est la même job entre les deux, alors que le pharmacien, son univers à l'hôpital, vous le savez très bien, c'est immensément plus grand qu'en officine pour ce qui est de la partie pharmaceutique. C'est immensément plus grand. Ce n'est pas le même univers, vous le savez très bien. Et c'est pour ça qu'il faut les deux. Et moi, je vais dans le sens que vous dites, en allant rechercher les deux avantages, mais par un véhicule différent. Honnêtement, je pense que là on a la même finalité, tous les deux, c'est juste que c'est bien clair, vous le savez très bien, là, qu'à l'hôpital ce n'est pas le même univers.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, je vous remercie chers collègues.

Alors, compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux jusqu'au lundi 15 décembre 2014, à 14 heures. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 12 h 59)