



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 25 janvier 2017 — Vol. 44 N° 130

Consultations particulières sur le projet de loi n° 118 — Loi sur les laboratoires médicaux, les centres de services orthopédiques et les centres de physiologie respiratoire exploités par une entité autre qu'un établissement de santé et de services sociaux (1)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 25 janvier 2017 — Vol. 44 N° 130

Table des matières

Remarques préliminaires	
M. Gaétan Barrette	1
Mme Diane Lamarre	2
M. Marc Picard	2
Auditions	3
Collège des médecins du Québec (CMQ)	3
Association des orthésistes et des prothésistes du Québec (AOPQ)	11
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	17
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	24
Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ)	31
Ordre des technologues professionnels du Québec (OTPQ)	37

Autres intervenants

M. Richard Merlini, président

M. Amir Khadir

- * M. Charles Bernard, CMQ
- * M. Yves Robert, idem
- * Mme Jacinte Bleau, AOPQ
- * Mme Christiane Ouellette, idem
- * M. Louis Godin, FMOQ
- * M. Sylvain Dion, idem
- * M. Jean Longtin, INSPQ
- * Mme Micheline Fauvel, idem
- * Mme Doris Levasseur Bourbeau, OPTMQ
- * M. Alain Collette, idem
- * M. Richard Legendre, OTPQ
- * M. Denis Beauchamp, idem
- * Mme Guylaine Houle, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 25 janvier 2017 — Vol. 44 N° 130

Consultations particulières sur le projet de loi n° 118 — Loi sur les laboratoires médicaux, les centres de services orthopédiques et les centres de physiologie respiratoire exploités par une entité autre qu'un établissement de santé et de services sociaux (1)

(Quatorze heures dix-huit minutes)

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

La commission est réunie afin de procéder aux auditions publiques dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n° 118, Loi sur les laboratoires médicaux, les centres de services orthopédiques et les centres de physiologie respiratoire exploités par une entité autre qu'un établissement de santé et de services sociaux.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements aujourd'hui?

La Secrétaire : Oui, M. le Président. Mme Montpetit (Crémazie) sera remplacée par Mme Melançon (Verdun).

Le Président (M. Merlini) : Merci. Alors, on souhaite la bienvenue à notre nouvelle députée de Verdun qui est à sa première séance de la Commission de la santé et des services sociaux. Bienvenue, Mme la députée, à la meilleure commission parlementaire de ce Parlement. Voilà. Voilà.

Des voix : ...

• (14 h 20) •

Le Président (M. Merlini) : Oui, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, je vous comprends. Alors, voilà. Aujourd'hui, nous allons débiter avec les remarques préliminaires. Puis nous recevrons les groupes suivants aujourd'hui : le Collège des médecins du Québec, l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le Laboratoire de la santé publique du Québec de l'Institut national de santé publique du Québec, l'Ordre professionnel des technologues médicaux du Québec et l'Ordre des technologues professionnels du Québec.

Remarques préliminaires

Alors, maintenant, sans plus tarder, je vous invite, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux et député de La Pinière, à faire vos remarques préliminaires. Et vous disposez de six minutes. À vous la parole, M. le ministre.

M. Gaétan Barrette

M. Barrette : Alors, six minutes, M. le Président, merci. Alors, vous me permettez, moi aussi, de souhaiter aussi la bienvenue à notre collègue la députée de Verdun à sa première commission parlementaire à titre de députée, mais pas sa première commission parlementaire à vie — on va dire ça comme ça — et une bonne année à tout le monde. C'est notre première séance cette année de notre commission, alors ça me fait plaisir d'être ici et de renouer avec nos débats, qui sont toujours, à chaque fois, plus palpitants que la fois précédente. Alors, je ne sais pas, cette fois-ci, si nous allons palper ensemble beaucoup, mais ça devrait être quand même intéressant.

Alors, M. le Président, donc, on a un projet de loi qui est à l'étude aujourd'hui et qui commence ses audiences publiques, où on rencontrera divers groupes. Alors, pour résumer un peu les choses, M. le Président, la raison, le fondement de ce projet de loi, qui, à sa première lecture, pour un observateur externe pourrait donner l'impression d'aller dans plusieurs directions... Ce n'est pas que le projet de loi va dans plusieurs directions, mais on sait que, dans notre système de santé, il y a une multitude de sujets que nous traitons par voie législative et/ou réglementaire et que la santé, par définition, peu importe son secteur, c'est un domaine qui est en constante évolution. Et, compte tenu de cette constante évolution, il y a lieu périodiquement de faire des mises à jour législatives ou réglementaires de façon à ce qu'essentiellement non seulement les choses soient bien encadrées, mais, dans le cas présent, que le public, dans la mesure du possible, soit protégé.

Le fil conducteur de ce projet de loi là, qui touche les secteurs que vous avez mentionnés, les laboratoires, les orthèses, prothèses, l'échographie et les laboratoires du sommeil, bien, ce sont des secteurs qui ont grandement évolué dans le temps et qui nécessitent aujourd'hui, selon notre lecture de la situation, de mettre à jour le cadre réglementaire et/ou législatif qui encadre, évidemment, ces secteurs-là. Alors, la finalité première est une finalité de protection du public, et ce n'est pas un hasard que le premier groupe que nous rencontrons aujourd'hui soit, dans quelques instants, le Collège des médecins. Alors, il y aura d'autres ordres professionnels, d'autres groupes qui viendront, compte tenu de la multitude des sujets auxquels on s'adresse dans ce projet de loi, mais retenons que le fil conducteur de notre démarche est une finalité de protection du public.

Alors, il y a plusieurs sujets, puis je les énumère très simplement, là. Aujourd'hui, l'échographie, je n'ai pas besoin vraiment de m'y adresser, c'est un sujet qui est très, très dans l'actualité, c'est un secteur d'activité qui a à se développer de plus en plus, on le veut. Là, il y a une question d'encadrement.

Mais il y a des sujets qui sont un peu plus, je dirais, difficiles à aborder pour le grand public et même pour nous, parlementaires, je parle ici, par exemple, des laboratoires, et des laboratoires du sommeil.

On sait, par exemple, que la médecine personnalisée est un secteur qui se développe. On sait, aujourd'hui, que la technologie devient de plus en plus accessible. Et «accessible», ça veut aussi dire parce que ça coûte moins cher, et ces tests-là... Par exemple, de produire notre code génétique, le séquençage du code génétique, qui nous permettrait, par exemple, de déterminer si on est porteur de tel ou tel gène, peut générer un certain nombre d'enjeux, ne serait-ce que d'inquiétude ou de non-inquiétude, et ainsi de suite, tous des éléments qui font en sorte que, quand on arrive dans des nouveaux secteurs, bien, encore faut-il que ces nouveaux secteurs là, qui sont sur un marché, parce qu'ici on parle aussi de marché... Quand on prend les laboratoires, par exemple, auxquels je viens de faire référence, bien, il y a un côté là-dedans qui est commercial. Encore faut-il qu'il y ait un encadrement qui fasse en sorte que les citoyens aient une garantie, par exemple, de qualité de service, mais aussi un encadrement pour les conséquences potentielles de la dispensation d'un produit ou un service qui peut être soit un service médical formel, soit un produit plutôt commercialisé.

On peut faire le même raisonnement pour les laboratoires de sommeil. C'est un examen qui a une portée purement médicale. Est-ce qu'aujourd'hui, tel que notre réglementation existe... est-ce que c'est suffisamment encadré? La réponse, c'est non. C'est la raison pour laquelle nous croyons qu'on doit, dans ce dossier-là, mettre ça à jour.

Alors, somme toute, quand on regarde les éléments d'introduction que je viens de mentionner, on voit bien qu'il y a des nouveaux thèmes qui arrivent. Puis il y en aura d'autres dans les prochaines années, et, périodiquement, on a l'obligation de se mettre à jour. Et, comme toujours, se mettre à jour, bien, ça exige que l'on puisse entendre les gens qui ont un intérêt et une compétence particulière dans ces domaines-là venir nous informer des éléments qu'ils voient, pertinents ou non, pour nous permettre d'ajuster correctement, pour le bénéfice de la population, nos projets de loi. Alors, voilà, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. J'invite maintenant la porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et d'accessibilité aux soins, Mme la députée de Taillon, à faire ses remarques préliminaires. Et vous disposez d'un temps maximum de 3 min 30 s.

Mme Diane Lamarre

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je vous salue, M. le Président, M. le ministre, députés du gouvernement — bienvenue, Mme la députée de Verdun — le collègue député de Chutes-de-la-Chaudière, tous les experts du ministère et également tous les participants à la commission parlementaire. Parce qu'une commission parlementaire, ça aide à bonifier nos projets de loi, et donc je pense que chaque organisation qui va présenter... va contribuer à bonifier le projet de loi, contribuer à améliorer les enjeux liés à la sécurité et au besoin d'accès.

Si je peux me permettre un petit commentaire, on n'a que des périodes de 45 minutes. Et, comme nous sommes toujours trois groupes à intervenir, je pense qu'idéalement une période de 60 minutes pour les interventions des groupes dans les commissions parlementaires en santé, ça devrait être la norme le plus possible. On l'a pour certaines, mais celle-ci, on a seulement 45 minutes, ce qui donne très peu de temps pour des interventions et des échanges.

Les Québécois et les Québécoises, dans ces dossiers dont le ministre a parlé, ces nouvelles technologies, ont besoin, effectivement, d'avoir une garantie de sécurité, une garantie d'avoir une bonne protection. Mais je dirais que cette protection, elle doit aussi s'accompagner d'un accès parce qu'on arrive à un moment au Québec où le manque d'accès cause aussi préjudice à la population. Et donc je pense que la bonne pondération entre une sécurité garantie, mais un accès qui ne sera pas restreint sera déterminante dans l'étude de ce projet de loi, et je l'entame avec énormément de collaboration et d'écoute à l'endroit des gens qui voudront nous apporter leur éclairage. Merci.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. Merci pour ces remarques. J'invite maintenant le porte-parole du deuxième groupe d'opposition aujourd'hui et président de la Commission des relations avec les citoyens, mon collègue et ami le député des Chutes-de-la-Chaudière, à faire ses remarques préliminaires. Vous avez une durée de 2 min 30 s.

M. Marc Picard

M. Picard : Merci, M. le Président. À mon tour de souhaiter bonne année à tous les parlementaires. Mme la députée de Verdun, c'est un plaisir de vous retrouver ici. Donc, je tiens aussi à saluer toutes les personnes qui vont amener des commentaires et qui vont bonifier ce projet de loi là. Je pense que c'est important, comme M. le ministre a dit tout à l'heure, d'actualiser nos lois, d'actualiser... surtout dans ces domaines-là, où qu'il y a beaucoup d'innovation, d'évolution, là.

Et je tiens aussi à remercier le ministre, ce matin nous avons eu un briefing technique sur le projet de loi pour bien comprendre, pour bien saisir, pour essayer d'améliorer le plus possible le projet de loi.

Et les principes généraux dans le projet de loi, c'est de la saine gestion. On parle qu'il va y avoir des permis, il va y avoir une personne responsable des normes puis une reddition de comptes. Mais c'est toujours dans... le diable est dans les détails, donc c'est là qu'il faudra être à l'écoute des gens qui vont venir nous dire comment ça se passe dans la vraie vie. Parce qu'ici nous, on brasse du papier, mais il y a des gens qui vivent avec les décisions que nous prenons ici.

Mais moi, qu'est-ce qui va guider mes actions, M. le Président, mes questions, c'est d'assurer la meilleure qualité possible des soins tout en étant sécuritaire et l'accessibilité à la population des meilleurs soins de santé.

Donc, je termine là-dessus, M. le Président, et je vous remercie pour... Et je tiens aussi à assurer, comme toujours, le ministre de mon entière collaboration à bonifier le projet de loi le mieux possible. Merci.

Auditions

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. Sans plus tarder, je souhaite donc la bienvenue aux représentants du Collège des médecins du Québec. C'est toujours un plaisir de vous recevoir ici, à notre commission. Évidemment, vous connaissez les us et coutumes du travail qui se fait ici. Alors, vous disposez de 10 minutes pour faire votre présentation. En même temps, vous présenter pour les bienfaits de l'enregistrement et les gens qui nous écoutent aujourd'hui. Alors, à vous la parole.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

M. Bernard (Charles) : Alors, je suis Charles Bernard, je suis le président-directeur général du Collège des médecins. Et je suis accompagné du Dr Yves Robert, qui est le secrétaire du collège. Alors, M. le Président, merci, M. le ministre. À mon tour aussi de saluer et de souhaiter bonne année à toute l'équipe parlementaire qui sont ici, et saluer l'arrivée d'une nouvelle. Espérons que sa première audition avec le Collège des médecins pourra la marquer.

• (14 h 30) •

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de présenter ses observations et ses commentaires sur le projet de loi n° 118. Vous avez reçu notre mémoire détaillé, nous n'insisterons pas, dans cette présentation verbale, sur les éléments que... nous allons insister plutôt sur les éléments qui nous apparaissent les plus importants.

D'abord, je dois vous dire que le Collège des médecins accueille favorablement le projet de loi n° 118 et son objectif d'encadrement des laboratoires hors établissement ainsi que les principes et modalités proposés pour ce faire. Rappelons que la présentation de ce projet de loi répond à une demande que nous avons exprimée à un précédent ministre de la Santé et des Services sociaux à la lumière de l'expérience acquise avec l'implantation des normes visant la reconnaissance des centres médicaux spécialisés en avril 2010, communément appelés CMS. À cette époque, nous avons déjà observé des problèmes de qualité d'exercice, d'encadrement et de juridiction concernant les laboratoires extrahospitaliers, lesquels sont, à ce jour, soumis à un cadre légal et réglementaire minimal ou totalement absent dans le cas des laboratoires de physiologie respiratoire.

Dans une perspective de protection du public, comme on l'a dit en entrée de jeu, et devant l'émergence d'une offre de services répondant souvent davantage à des intérêts commerciaux que professionnels, il ne fait pas de doute que, pour nous, la mise en place d'un cadre légal et réglementaire s'imposait, et le projet de loi comble ainsi un vide dans le domaine de la médecine d'investigation.

Nous sommes heureux de retrouver dans le projet de loi plusieurs éléments de l'encadrement qui figurent déjà dans la loi de santé et des services sociaux et qui visent les centres médicaux spécialisés. Ces dispositions s'avèrent, à notre avis, l'assise incontournable d'un cadre de responsabilité et d'imputabilité, et d'assurance qualité des services de santé offerts hors établissement. Quelles sont ces assises? D'abord, de détenir un permis d'opération délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'obligation de maintenir un agrément par un organisme externe, l'obligation de nommer un directeur général ayant une autorité sur les collègues, le personnel et de le rendre personnellement responsable de la qualité des services offerts et imputable de ses décisions aussi, et l'obligation que le laboratoire soit détenu majoritairement par des professionnels de la santé ou des médecins afin d'assujettir les décisions d'affaires aux obligations déontologiques des professionnels.

Nous sommes heureux de constater que notre recommandation d'appliquer le modèle CMS aux laboratoires hors établissement a été retenue par le ministre. Toutefois, vous nous permettez de vous suggérer fortement de prévoir dès maintenant les conditions de délivrance des premiers permis délivrés à de tels centres ou laboratoires parce que ces conditions n'ayant pas été prévues au moment de l'implantation des CMS, il y avait eu cafouillage qui, cette fois-ci, pourrait être prévenu.

De façon plus particulière, nous souhaiterions formuler quelques suggestions visant à clarifier certains éléments du projet de loi. Le collège recommande de réviser les définitions proposées et le vocabulaire utilisé dans le projet de loi pour s'assurer que le tout soit compatible avec le Code des professions et l'autre réglementation professionnelle en vigueur.

Voici quelques exemples de problèmes dans les définitions ou les termes proposés lorsqu'on réfère au Code des professions. À l'article 3, qui définit les termes «centre» et «laboratoire» comme pouvant être une personne, une société ou une association, cela ne peut pas être le cas si vous référez au Code des professions. Ce ne peut être une personne parce qu'il s'agit d'un professionnel de la santé dûment formé et autorisé par son ordre professionnel pour exécuter ou effectuer des activités réservées. Il n'y a pas lieu de l'assujettir à une obligation additionnelle de détenir un permis de laboratoire ou de centre. S'il ne s'agit pas d'un professionnel, il ne peut effectuer une activité réservée à un professionnel. On ne peut alourdir le travail des médecins et d'autres professionnels de la santé qui doivent, dans leur cabinet, utiliser des tests diagnostiques ou des appareils échographiques à des fins de traitement ou de suivi à des patients particuliers. Ce ne peut non plus être une société ou une association parce que le Code des professions ne permet pas à une société ou une association d'exercer des activités professionnelles.

Il faudrait plutôt définir les centres ou les laboratoires comme étant des entités — un nouveau terme — où sont offerts des services diagnostiques, de physiologie respiratoire, d'imagerie et de biologie effectués par ou sous la supervision de professionnels.

On devra également tenir compte du fait que notre Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société interdit à un médecin de s'associer à une personne autre qu'un membre de sa famille ou à un autre médecin. Cette réalité réglementaire devrait être prise en compte lorsque le projet de loi mentionne que le médecin devrait détenir des parts majoritaires dans une organisation.

En ce qui a trait à la définition d'«analyse de biologie» et d'«analyse de biologie délocalisée», le projet de loi devra exclure les tests diagnostiques de type automesure afin d'éviter de réglementer inutilement des outils qui sont de plus en plus utilisés par les professionnels auprès des patients.

On devrait aussi préciser dans la définition de «centre de physiologie respiratoire» qu'il y a deux types d'activités : celles traitant de la physiologie comme telle et celles traitant de la physiologie du sommeil et de l'état de veille.

Enfin, l'utilisation du terme «évaluation» devrait être évitée, puisque, dans le système professionnel, il s'agit d'une activité réservée. L'évaluation biomécanique doit également être retirée de la définition de «centre de services orthopédiques». Le terme «évaluation» devrait être remplacé par «collecte d'information», ce qui n'est pas une activité réservée dans le système professionnel.

Par contre, nous saluons le fait d'inclure la caractérisation génétique dans la définition des termes «biologie médicale». Par ce projet de loi, le gouvernement du Québec deviendra le premier gouvernement canadien à faire en sorte que seul un professionnel autorisé de rédiger une ordonnance puisse prescrire un test génétique, puisque l'article 35 impose aux laboratoires de n'effectuer des examens que sur ordonnance.

Le collège recommande de ne pas établir de distinction entre les laboratoires d'imagerie médicale, entre celui de laboratoires généraux ou spécifiques et de permettre à d'autres professionnels, notamment les technologues en imagerie médicale, d'y exercer. Alors, à ce moment-là, il faudrait modifier l'article 15 en conséquence. Le collège recommande également que les laboratoires de recherche ne soient pas exclus du présent projet de loi. Il en va de même de la nécessité d'obtenir une ordonnance avant un examen ou une analyse qui devrait s'appliquer à tous les laboratoires sans exception, incluant les laboratoires de recherche.

Le collège souhaite être consulté dans l'élaboration de la réglementation à venir découlant de la loi, en particulier pour s'assurer que les obligations des professionnels, en particulier des médecins, respecteront les normes et les règlements déjà en vigueur produits par le collège ou d'autres ordres professionnels en santé, notamment quant aux qualités requises du directeur, aux exigences en matière de maintien des compétences et quant aux normes de santé et de sécurité pour la population.

Le collège recommande que les résultats d'examens produits par les centres ou les laboratoires soient rendus publics aux prescripteurs par le Dossier santé Québec, ce qu'on appelle communément le DSQ, ou par voie électronique de tous les systèmes de dossiers électroniques des cliniques.

Alors, je termine en sautant les recommandations que vous allez trouver dans le document qu'on vous a remis.

Enfin, le collège salue et souligne la pertinence d'avoir introduit l'article 34 dans ce projet de loi, qui interdit la commercialisation des services de médecine d'investigation. On en a parlé d'entrée de jeu, nous recommandons l'élargissement de la portée de cet article à tous les services de santé, qu'ils soient publics ou privés. Nous avons dénoncé à plusieurs reprises la commercialisation des services de santé utilisant toutes sortes de techniques. Cela préviendra des offres commerciales donnant l'impression qu'un service professionnel, en particulier dans le domaine de la santé, est une marchandise qui ne peut faire l'objet de mesures commerciales visant à recruter ou à fidéliser une clientèle. Cet article est un complément essentiel aux obligations déontologiques des professionnels, mais, par son inclusion dans le projet de loi, s'adresse maintenant tout autant aux promoteurs non professionnels qu'aux professionnels eux-mêmes. Cela préviendra des offres commerciales comme celle que vous avez peut-être vue, il y a un mois, dans le domaine du dépistage génétique où l'on offrait un spécial des fêtes pour une gamme d'examens. Alors, ce n'est pas parce qu'un examen existe que le résultat en fait un cadeau.

En conclusion... Bien, écoutez, je vais gagner une minute de questions. Je vais vous dire, on va accepter les questions parce que je ne veux pas répéter la même chose dans ma conclusion, M. le Président. Alors, ça va me faire plaisir de répondre à toutes vos questions, et le Dr Robert également.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Dr Bernard et Dr Robert, pour la présentation de votre exposé. Nous allons maintenant commencer la période d'échange. Mais, avant de commencer la période d'échange, j'informe les membres de la commission que la période de prise d'images et de son par les médias est maintenant terminée. Alors, pour la période d'échange, avec M. le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. La parole est à vous.

M. Barrette : Pour une période, M. le Président?

Le Président (M. Merlini) : Vous avez une période de 16 minutes.

M. Barrette : Parfait, merci. Alors, Dr Bernard, Dr Robert, bienvenue pour... Je ne dirai pas la énième fois, mais on s'est vus beaucoup dans les deux dernières années et demie, je dirais. Alors, c'est toujours un plaisir et c'est toujours intéressant de voir la lecture que vous faites de nos projets de loi et les suggestions et correctifs que vous nous apportez. Je pense que les commentaires que vous avez faits à date sont des commentaires très pertinents, là, à propos desquels on va certainement donner suite.

Comme il n'y a pas énormément de temps, on n'a pas, malheureusement, une heure par groupe — par groupe parlementaire, j'entends — alors, je vais quand même aller directement aux points puis essayer de couvrir plusieurs aspects du projet de loi. Et, encore une fois, je vous le répète, là, ce que vous venez de mentionner, on en a pris bonne note, et ce sont des commentaires très pertinents.

Je vais commencer par aborder... pour peut-être, un petit peu, creuser un sujet qui, pour moi, est extrêmement vaste, qui est le dernier que vous avez abordé. Je vais revenir aux autres aussi, là, mais, dans le projet de loi que l'on a, celui qui s'adresse à un domaine qui est vraiment émergent et qui va s'amplifier est, évidemment, celui de la question du laboratoire et des tests. Je l'ai dit en introduction, vous y avez fait référence, il y a quelques instants, on parle à tous ces tests de laboratoire, particulièrement les tests génétiques, qui vont devenir de plus en plus abordables et de plus en plus vastes, avec de plus en plus de conséquences possibles à la suite de l'obtention d'un résultat. Je pense qu'on s'entend là-dessus. Vous nous suggérez une interdiction, si je comprends bien, de la commercialisation de la chose.

• (14 h 40) •

M. Bernard (Charles) : Effectivement.

M. Barrette : J'ai quasiment envie de vous demander : Est-ce possible? Et avez-vous eu une... Puis là je ne vous dis pas que je veux que ce soit commercialisé, là. Ne vous méprenez pas dans l'intention de ma question, c'est vraiment pour le débat de la chose, là. Vous nous demandez de... mais j'imagine que vous avez réfléchi à la situation ou... S'il était impossible d'empêcher cette commercialisation-là, quelle serait votre position? Je suis convaincu que vous avez eu une réflexion interne là-dessus, là.

M. Bernard (Charles) : D'abord, un examen de laboratoire, ce n'est pas une fin en soi et ce n'est pas... c'est une aide, un instrument dans une démarche clinique. En médecine, en tout cas. Alors donc, on ne fait pas un test pour faire un test, on le fait dans la perspective d'avoir une information complémentaire, par exemple, on dit, dans une investigation, pour en arriver à porter un diagnostic puis à suggérer un plan de traitement à un patient. Alors, que ça soit un test génétique ou... comme vous l'avez bien souligné puis comme on l'a souligné dans notre rapport, il peut y avoir des conséquences extrêmement graves. Les gens peuvent avoir un test, puis aller dans une compagnie, et avoir un résultat, puis qui va les empêcher d'être assurés, d'être acceptés dans différents programmes, et ils vont être pris avec un problème, puis ils ne sauront même pas comment le gérer. Alors, pour nous, c'est un paquet de problèmes qui nous apparaissent évidents. Alors donc, je pense qu'il y a un danger là de commercialiser et d'ouvrir une commercialisation «at large» de ce genre d'investigations ou de tests de laboratoire.

Je pense que ça, ça peut répondre partiellement à votre question. Peut-être que le Dr Robert pourra ajouter quelques autres réflexions qu'on a eues lors de différentes analyses. Parce qu'on a fait des enquêtes sur ce type d'activités là, et le Dr Robert va faire...

Le Président (M. Merlini) : Oui, allez-y.

M. Robert (Yves) : ...le travail en éthique clinique, c'est intéressant, cette question-là, au cours des trois dernières années. L'élément le plus important, c'était d'abord ce que vous allez proposer, que ça prend absolument une ordonnance par un professionnel de la santé pour pouvoir effectuer ce test-là au Québec.

Ce n'était pas le cas jusqu'à maintenant — en tout cas, jusqu'au moment où le projet de loi va être adopté — ce qui fait qu'actuellement il y avait des démarches qui étaient faites directement auprès des patients pour pouvoir avoir accès à des informations génétiques. Donc, ça, ça nous inquiétait un peu parce que ce n'est pas le test qui est important, c'est l'interprétation qu'on en fait et l'application qui va en être faite par la suite.

C'est évident que, même si on contrôle au Québec, Internet existe. Et il existe, évidemment, des activités commerciales qui sont disponibles sur Internet où tout citoyen, partout dans le monde, peut envoyer des cellules épithéliales de la bouche ou d'une goutte de sang à 23andMe aux États-Unis et avoir sa carte génétique complète. Bon, on ne peut pas empêcher et contrôler ce qui se passe à l'extérieur de nos frontières, mais, au moins, si on peut contrôler ce qui se passe à l'intérieur de nos frontières avec les compagnies qui veulent commercialiser et rejoindre directement les patients ici, on aura au moins fait ce bout de chemin là.

Et, comme vous le savez, il y a un projet de loi du Sénat actuellement à la Chambre des communes... c'est-à-dire au Sénat à Ottawa qui vise, justement, à ne pas utiliser ou à interdire l'utilisation de ces données-là à des fins autres que celles pour lesquelles elles ont été faites sur le plan diagnostic, donc l'utiliser, par exemple, par des compagnies d'assurance ou des tiers qui pourraient causer des préjudices aux citoyens canadiens. Donc, c'est une gamme de petites actions légales qui peuvent avoir un effet de contention, si je puis dire, sur les désirs de promoteurs de toute nature.

M. Barrette : Est-ce que vous souhaiteriez qu'il y ait... Dans la dernière année, un peu avant Noël, moi aussi, j'ai eu vent de la publicité, Dr Bernard, à laquelle vous faisiez référence. On se rappellera aussi que, dans la dernière année, il y avait eu une publicité pour des tests de dépistage, là, et on laissait entendre qu'avec tel examen — c'était une échographie à l'époque — on pouvait détecter et donner l'assurance qu'une personne n'avait pas tel ou tel cancer, ce qui était évidemment, dans cette publicité-là, une exagération, pour le moins. Est-ce que vous iriez jusqu'à nous recommander d'interdire la publicité de la chose?

Le Président (M. Merlini) : ...

M. Bernard (Charles) : Oui, effectivement possible. Si vous avez ce genre de pouvoir là au ministère de la Santé, ma question, c'est de savoir est-ce que vous pouvez entrer... à travers une loi qui vient du ministère de la Santé, qui appliquerait l'application de ce genre de chose là. C'est une excellente question. Et c'est une forme de protection du public parce qu'on laisse croire qu'à partir d'un examen on est capable de tout dépister. Et vous savez comme moi certaines

publicités qui ont été faites, notamment en échographie, à la frontière américaine dans des motels où on louait des salles où on offrait des spéciaux de la semaine, ça donne la fausse impression qu'effectivement on va avoir des informations qui vont être utiles pour la santé et la prévention, ce qui n'est pas nécessairement le cas.

M. Bernard (Charles) : Et je pourrais ajouter qu'on ne mesure pas toute la conséquence que ça peut avoir. Imaginez-vous, un jeune qui se fait faire un test génétique avec un rapport dévastateur pourrait ne jamais être capable de trouver un emploi de sa vie. C'est quelque chose, pensez-y, là. On est chanceux ici, on a tous une job, là.

M. Barrette : Sur le plan de cet angle-là, moi, je suis très confortable avec ce que vous exprimez, évidemment, ainsi qu'avec la démarche du Sénat pour ce qui est de la protection du public en égard des conséquences de tel ou tel diagnostic.

Je regarde l'horloge, qui n'arrête pas d'avancer, naturellement, vous m'avez étonné sur une de vos positions, et, je peux vous le dire, je suis convaincu que, dans cette commission parlementaire, on va entendre une position ou des positions qui sont opposées, notamment quant à... Si je vous ai bien compris — peut-être que j'ai mal entendu — vous voulez inclure les laboratoires de recherche dans la loi.

M. Robert (Yves) : Oui.

M. Barrette : Je peux vous dire, dans les mémoires que l'on a vus à date ou les échanges que l'on a eus informels, c'est l'inverse que les universités vont nous demander, par exemple. Alors, pouvez-vous nous étayer ça, là, votre position, qui m'a étonné?

M. Robert (Yves) : Un médecin qui fait de la recherche est d'abord un médecin. Il a dans ses obligations déontologiques l'obligation de mettre son devoir de médecin au-dessus des intérêts de la recherche. Et la recherche, si on prescrit un test, on a les mêmes obligations que si on voit un patient parce que le résultat d'un examen exige un suivi, quel qu'il soit. Ça exige un consentement libre et éclairé, et ce patient... Et il doit être éventuellement prescrit parce que ça oblige à un certain contrôle de qualité, et c'est la raison... Pour nous, de notre point de vue à nous, il n'y a pas de différence entre prescrire un examen dans un cadre de recherche que dans un cadre de clinique. Et donc, dans ce sens-là, pour nous, les mêmes règles devraient s'appliquer à la recherche qu'à la clinique.

M. Barrette : Vous me répondez ça sous l'angle de l'obligation d'avoir une ordonnance, par exemple. Mais, quand on regarde le projet de loi, le projet de loi a une portée administrative qui est beaucoup plus grande... bien, peut-être pas beaucoup plus grande, mais qui déborde largement du fait d'avoir une ordonnance.

M. Bernard (Charles) : ...c'est d'avoir un permis.

M. Barrette : Bien, le permis, le directeur médical, ceci, cela, toute la structure qui vient avec, le projet de loi, il est fait pour un laboratoire sur le terrain qui n'est pas du tout la même réalité, à mon sens, qu'un laboratoire dans une université. Alors, moi, je ne sais pas si ça va finir comme ça, mais je prédis que le milieu académique va venir nous dire : Vous devez séparer les deux univers, ce n'est pas la même chose. Et le projet de loi, on s'entend tous... D'ailleurs, je prédis, encore une fois — on verra si ça va s'avérer — que les universités n'ont pas de problème avec le projet de loi ou peut-être... certainement des critiques, là, fondées et constructives, mais elles vont véhiculer l'environnement, la portée, ainsi de suite, différents des deux milieux, là.

M. Bernard (Charles) : Oui, mais il va falloir, en quelque part, que ces laboratoires-là aient un encadrement, une surveillance de la qualité des gestes ou des examens qui sont posés là-dedans. C'est dans ce sens-là que nous, on vous dit que ça doit être inclus. S'ils vous proposent lors de leur audition d'autres formes d'encadrement, peut-être qu'on est prêts à écouter, mais je pense que ça prend absolument des ordonnances des professionnels de la santé obligatoires — ça, on ne reculera pas là-dessus, on est d'accord avec cette affirmation-là — et l'encadrement doit exister. Nous, on pense que la forme actuelle... il y a une porte qui s'ouvre, alors pourquoi ne pas en profiter? Mais, si on apporte une autre proposition, on verra, là. Mais ça me surprendrait qu'ils soient opposés à ce qu'il y ait un encadrement pour la qualité dans leurs laboratoires de recherche.

M. Barrette : Bien, je voulais surtout voir votre angle à vous. Je comprends bien votre angle à vous parce que, quand bien même c'est de la recherche, par définition, le public doit être protégé là aussi, et j'imagine que vous faites votre intervention dans l'angle d'un protocole clinique de recherche.

M. Bernard (Charles) : Bien oui.

• (14 h 50) •

M. Barrette : Maintenant, ces tests-là ne sont pas toujours cliniques au sens où le commun des médecins l'entend, on va dire, et c'est pour ça que je vous pose la question. Je comprends votre point sous l'angle d'un protocole de recherche clinique prospective, de phase III, là, ou peu importe, là.

M. Robert (Yves) : Sur quoi on veut surtout insister, c'est que le médecin, qu'il fasse de la recherche ou qu'il fasse de la clinique, il est soumis aux mêmes obligations et à la même rigueur et s'assurer que l'examen qui est fait va être fait de la bonne façon, il va amener à un suivi approprié du patient. C'est ça, notre point.

M. Barrette : O.K. C'est bon. Encore une fois, compte tenu du temps, je vais passer à un autre sujet, qui est celui des laboratoires du sommeil ou de physiologie respiratoire, le sommeil en particulier. De façon plus spécifique — et là je fais le lien avec le commentaire que vous avez fait pour ce qui est du détenteur de permis, qui peut ou ne pas être, selon vous, une entité ou qui peut ou ne pas pouvoir permettre un permis multisite — pouvez-vous m'éclairer là-dessus, sur votre position?

M. Bernard (Charles) : Bien, d'abord, les laboratoires de physiologie respiratoire, la première observation qui doit être prise en compte, c'est qu'un laboratoire de physiologie respiratoire, ça doit inclure tout, l'évaluation de la physiologie respiratoire. Actuellement, ce que les gens connaissent beaucoup, c'est les laboratoires où on fait de l'évaluation des MPOC, des asthmatiques, et j'en passe, puis il y avait toutes les opérations entourant les troubles du sommeil qui n'étaient pas encadrées et que, là, on encadre.

M. Barrette : Comme je l'ai dit en introduction, c'est pour spécifiquement cette partie-là qu'on fait le projet de loi, parce que s'ouvrent de plus en... bien, de plus en plus... ce n'est pas quelque chose qu'on ouvre... ce n'est pas un dépanneur, on ne voit pas ça à tous les coins de rue, mais des laboratoires qui sont dédiés spécifiquement aux troubles du sommeil, ça, on en voit, par opposition aux tests de fonction respiratoire, qu'on ne voit pas vraiment, là.

M. Bernard (Charles) : Écoutez, on est ceux au Québec qui ont sonné l'alarme le premier, et je peux vous dire qu'au Collège des médecins, moi-même, qu'on a créé un groupe de travail qui a produit un guide là-dessus parce que c'était le far west dans ce domaine-là, puis, comme vous dites, il y avait n'importe qui qui faisait n'importe quoi. Alors là, on a resserré ça, mais on est très contents que, maintenant, on aura un laboratoire avec un directeur médical qui sera probablement un pneumologue ou un médecin spécialisé dans le domaine et qui va superviser la qualité de ce qui se fait dans ces laboratoires-là parce que, jusqu'à maintenant, il n'y avait pas d'évaluation de qualité qui se faisait ou de suivi. La question que vous posez, elle va au-delà juste de l'encadrement si j'ai bien compris, c'est...

M. Barrette : ...un peu plus ma question, vous avez fait référence, vous-même à un moment donné... vous avez fait un parallèle entre les CMS... Et, dans les CMS, il y a une propriété majoritaire médicale. Alors, si vous voulez qu'on applique ça aussi dans les laboratoires du sommeil, ça veut aussi dire la même chose et ça vient exclure des laboratoires qui seraient de propriété de non-professionnels, et je vais aller plus loin, là, non médicaux. Alors, est-ce que c'est ça vraiment, votre position?

M. Bernard (Charles) : ...très bien compris parce que, comme on l'a dit dans notre présentation et surtout dans notre mémoire que vous avez reçu, on veut que ces laboratoires-là soient vraiment soumis aux normes de qualité et au code de déontologie des professionnels qui y travaillent parce que, sinon, les gens sont à la merci ou à la solde de compagnies ou d'autres intérêts commerciaux. Et je pense qu'en médecine on en est rendu à vouloir sortir le plus possible les intérêts commerciaux parce que la médecine, ce n'est pas un commerce. Il faut que je le répète peut-être, la médecine, ce n'est pas un commerce. Alors donc, il va falloir que les gens comprennent ça. Et ceux qui pratiquent la médecine, ils sont là pour les patients. Alors, je pense que le Collège des médecins doit être le défenseur de ça, et c'est pour ça qu'on vous dit qu'on est d'accord que ces laboratoires-là soient sous la gouverne de professionnels de la santé.

M. Barrette : O.K. Mais, sur le plan de la propriété, vous faites le parallèle avec les CMS. J'insiste là-dessus parce que ça, ça a un impact qui est significatif, là.

M. Bernard (Charles) : As-tu quelque chose à ajouter là-dessus?

M. Robert (Yves) : Bien, en fait, pour nous, le directeur médical ou le directeur éventuel qui sera défini dans le règlement doit connaître le contenu et la façon de faire de la bonne pratique d'évaluation là-dedans pour être capable de porter un jugement et d'imposer des règles de fonctionnement.

Selon notre point de vue à nous — on est peut-être biaisés — les médecins qui ont une formation dans le domaine de l'apnée du sommeil... Il y a des reconnaissances nationales — et même internationales si j'inclus les Américains — qui donnent des bonnes formations, et c'est le minimum de formation qui est exigé pour ça. Est-ce que c'est un inhalothérapeute qui pourrait participer à la propriété d'un laboratoire d'apnée du sommeil? Peut-être. Il nous apparaît que les médecins qui ont une formation en pneumologie ou une formation en apnée du sommeil devraient probablement être majoritaires dans la possession de ces cliniques-là pour s'assurer de la qualité scientifique des examens qui sont faits là-dedans.

Qu'il y ait d'autres professionnels qui soient là-dedans, ça, c'est une bonne question parce qu'il faudrait peut-être modifier notre règlement sur l'incorporation des médecins, parce que notre règlement les empêche d'avoir de telles associations là. Je fais juste vous mentionner que, malgré le fait que les CMS le permettaient, on est un petit peu à la marge dans la légalité là-dedans, donc il faut trouver une forme d'accommodement.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Dr Robert et Dr Bernard. Ça met fin avec les échanges avec le gouvernement cette fois-ci. Alors, je me tourne maintenant vers la porte-parole de l'opposition officielle. Mme la députée de Taillon, la parole est à vous. Vous disposez de neuf minutes.

Mme Lamarre : ...merci, M. le Président. Bonjour, Dr Bernard. Bonjour, Dr Robert. Merci de vos interventions. J'ai beaucoup apprécié votre recommandation n° 1 où vous attirez l'attention, là, du législateur, du gouvernement sur la

distinction entre ce que le Code des professions prévoit au niveau de l'autorité... Parce que notre objectif, c'est d'assurer une certaine sécurité, et le Code des professions ne permet pas, donc, d'exercer une autorité sur des non-professionnels. Est-ce que vous pouvez nous donner un peu plus d'explications sur votre... Dans le fond, ce que vous proposez, c'est de changer les définitions. Donc, dès l'article 3, de modifier les définitions.

M. Bernard (Charles) : Je pense qu'il y a un exercice de cohérence qui doit être fait en termes de vocabulaire à l'intérieur du projet de loi parce que le monde professionnel ou le système professionnel, que vous connaissez bien, d'ailleurs, a déjà des règles, a déjà des lois, a déjà un code des professions, et chaque profession a son lot de règlements. Je pense qu'il serait de bon aloi de marier, si vous voulez, la terminologie avec celle qui est déjà utilisée parce que, sinon, on va être obligés de changer la terminologie ou ça ne sera pas applicable, on ne pourra pas faire, si vous voulez, une symétrie entre cette loi-là puis les règlements qui sont déjà en vigueur ou le Code des professions. Alors, je pense que c'est ça qui est l'exercice. Je ne sais pas si tu as d'autres commentaires à faire sur ça.

M. Robert (Yves) : La distinction fondamentale et le trou qu'il fallait combler par ce projet de loi là, c'est une juridiction sur les centres, les lieux d'exercice. Les ordres professionnels ont une juridiction sur les membres, sur les professionnels eux-mêmes, mais on n'a pas de juridiction sur les lieux d'exercice des membres. C'est là qu'est le problème. Donc, quand on voyait un laboratoire, il n'y a personne qui pouvait fermer un laboratoire présentement parce que personne n'avait une juridiction sur le lieu lui-même. Donc, c'est ça qu'il fallait combler. Et puis il faut respecter le vocabulaire, qui est bien codé dans le système professionnel, comme des termes comme «évaluation», et autres choses, qui ont une signification très particulière quand on regarde le système professionnel et qui semblent vouloir en donner une autre dans le projet de loi qu'on a devant nous.

M. Bernard (Charles) : Mais un laboratoire, ce n'est pas un individu ou un professionnel en termes d'individu. C'est ce qu'il faut bien éclaircir dans ce projet de loi là.

Mme Lamarre : Et, si on prend l'exemple des laboratoires sur l'apnée du sommeil, parce qu'on doit bien comprendre, là, que c'est quand même quelque chose qui prend beaucoup d'ampleur, actuellement il y a des inhalothérapeutes qui sont propriétaires de ces laboratoires et qui font appel à des consultations avec des pneumologues qui ont une expertise en évaluation de ces... Est-ce que le fait que les propriétaires soient membres d'un ordre et, donc, soumis eux aussi pas nécessairement au Collège des médecins, mais à un ordre professionnel qui a le même mandat, dans le fond, que le Collège des médecins... est-ce que ça vous apparaît acceptable?

Une voix : ...

Mme Lamarre : Puis je vais vous poser la deuxième question. C'est qu'actuellement, en entrée, j'ai parlé de l'accès. Il y a vraiment un besoin important actuellement d'accès pour l'évaluation en apnée du sommeil, et les délais, parfois, sont très, très longs pour les gens. Si vous êtes capables de me dire combien de pneumologues sont actuellement certifiés pour faire ça... Et est-ce qu'on veut absolument que ce soient ces pneumologues-là qui soient les propriétaires de toutes les cliniques? Est-ce que c'est la meilleure façon d'utiliser de façon optimale le temps et les ressources humaines? Je pense qu'on peut peut-être donner des garanties avec d'autres professionnels qui ont également des obligations déontologiques.

M. Bernard (Charles) : Ce que je peux vous dire à la base, c'est ce qu'on souhaite, c'est qu'il y ait un directeur médical minimalement dans ces cliniques-là. Alors, on peut discuter de la propriété puis de l'association avec des médecins. On n'a jamais écrit nulle part que ça doit être obligatoirement des propriétaires uniquement médecins partout, mur à mur, ce n'est pas ça. Mais ça prend un directeur médical qui s'assure de la qualité, comme on l'a dit d'entrée de jeu, qui s'assure de l'imputabilité, qui s'assure du maintien des compétences, du maintien de la qualité à l'intérieur de ces cliniques-là, ce qui n'est pas le cas actuellement. Est-ce que tu as quelque chose à ajouter là-dessus?

Mme Lamarre : Actuellement, il y en aurait combien de pneumologues qui seraient qualifiés pour faire ça?

• (15 heures) •

M. Bernard (Charles) : Bien, il y en a plusieurs. Je ne pourrais pas vous dire le nombre exact. Parce que nous, on a eu l'occasion d'en consulter un très bon nombre, parce que, comme je vous ai dit tantôt, on a fait un guide, qui était pour le public d'ailleurs, pour se poser des questions avant de consulter des gens qui se prétendaient spécialistes ou des laboratoires qui se prétendaient compétents pour faire cette étude-là. Alors, il y a eu beaucoup de spécialistes, autant inhalothérapeutes que médecins, mais il y a un certain nombre de médecins qui ont la formation en apnée du sommeil et, de plus en plus, il y a des médecins même qui en font une surspécialité de ce champ d'exercice là. Mais je ne peux pas vous donner, malheureusement, le nombre, avoir... J'aurais pu regarder les statistiques, là, mais...

Mme Lamarre : Bien, en fait, je pense que notre défi dans cette commission-là, ça va être de jauger qu'est-ce qui est soumis à un processus d'agrément et à partir de l'agrément, tandis que l'autre, c'est l'interprétation, l'évaluation et la concordance, hein, l'imputabilité de l'interprétation du test. Mais, au niveau de l'agrément, est-ce qu'on a besoin d'avoir un pneumologue qui va venir certifier qu'une compagnie est venue certifier que l'appareil utilisé était bien conforme? Je ne pense pas, même, que les pneumologues aient nécessairement cette expertise-là. Mais ils ont une imputabilité, et je pense que c'est là qu'il faut bien distinguer, faire attention pour ne pas accaparer, je vous dirais, les

précieux pneumologues que le Québec a strictement dans des pratiques très, très pointues qui peuvent être attrayantes à un certain moment donné, mais qui font que l'offre de services générale n'est plus là.

M. Bernard (Charles) : Ce n'est pas l'objectif de nos recommandations du tout.

Mme Lamarre : D'accord.

M. Bernard (Charles) : Par contre, ça prend quelqu'un en quelque part qui surveille la qualité. Alors, dans l'organisation technique, alors là, écoutez, s'il y a un organisme qui est ouvert à la collaboration interprofessionnelle au Québec, c'est le Collège des médecins plus que tout autre. Et je n'ai aucune gêne à vous le dire que, dans tous les métiers et dans tous les domaines, alors, on encourage la collaboration interprofessionnelle. Alors donc, on ne veut pas isoler, si vous voulez, un type de pratique puis dire que c'est juste... ça nuit, et tout ça, là. Non, ce n'est pas ça qui est l'objectif.

Mme Lamarre : Alors, excellent, je suis contente de l'entendre. D'ailleurs, j'ai entendu tantôt, article 15, dans le contexte des laboratoires d'imagerie médicale spécifique, vous seriez d'accord pour qu'on ajoute les technologues médicaux?

M. Robert (Yves) : En fait, dans un centre d'imagerie, il doit y avoir plus que des radiologistes qui soient là, ça prend d'autres types de professionnels qui vont, de façon complémentaire, offrir les services à la population, dont les technologues en imagerie médicale. C'est eux qui font les examens, techniquement parlant, donc ça nous apparaît important qu'ils fassent partie de ça.

Là où on avait une interrogation, c'est la pertinence d'avoir deux types de laboratoires, des généraux et des spécifiques. On comprend que, les spécifiques, on avait en tête et puis on comprend tous que les dentistes doivent être capables de faire des radiographies, mais est-ce que ça ne touche que les dentistes? Parce qu'il y a de plus en plus d'autres spécialités et d'autres professions qui peuvent utiliser les techniques d'imagerie médicale, donc ça nous apparaît un petit peu confus. Si ces spécifiques, c'est juste les dentistes, on devrait le dire comme tel. Mais le projet de loi, tel que rédigé, ouvrait la porte à d'autres possibilités.

Mme Lamarre : O.K. L'autre dimension, l'autre changement fondamental, c'est pour les échographies. On introduit maintenant, on insère les échographies dans l'imagerie médicale, ce qui fait qu'actuellement on a, par exemple, des cliniques de physiothérapeutes qui offrent des services d'échographie et qui ne pourraient plus les offrir, à moins qu'il y ait des modifications réglementaires, mais la loi comme telle ne leur permettrait pas, ne confirmerait pas ça. Qu'est-ce que c'est, votre réaction par rapport à cette analyse? Est-ce que vous considérez que l'échographie présente le même niveau de risque que les autres tests d'imagerie médicale? Est-ce qu'on a raison de l'inclure?

M. Bernard (Charles) : Les recommandations qu'on a faites, c'est qu'on est pour des laboratoires d'imagerie médicale. Ce qu'on a spécifié, c'est qu'il faudrait faire attention qu'un professionnel habilité à faire une technique d'échographie dans sa pratique individuelle soit soumis à cette même obligation de laboratoire. Je vais vous donner des exemples en médecine. Quelqu'un qui va prendre une échographie pour guider son aiguille, ce n'est pas un test diagnostique, c'est pour guider son aiguille. Il ne faudrait pas lui demander qu'il fasse un laboratoire dans sa clinique pour faire ça puis d'avoir un permis. Voyez-vous la distinction? Par contre, quand on reçoit des patients d'autres professionnels pour faire une investigation, des tests d'investigation, là ça nous prend un permis parce que ça nous prend un encadrement, et tout ça. C'est la distinction qu'on a faite dans notre rapport et c'est... Je ne sais pas si tu as autre chose à ajouter là-dessus. Je pense que ça, c'est assez clair.

Mme Lamarre : Mais d'inclure l'échographie dans le permis d'imagerie médicale spécifiquement, ça restreint beaucoup, là, parce que ça limite...

M. Bernard (Charles) : Tous les tests qu'on considère d'imagerie médicale devraient être faits dans un laboratoire d'imagerie médicale. Par contre, s'il y a quelqu'un qui est habilité, comme je vous le répète, exemple, l'échographie, comme vous dites, sur une base individuelle de le faire, il ne sera pas obligé de faire une demande de permis pour le faire sur une base individuelle à son cabinet ou dans une clinique.

M. Robert (Yves) : C'est parce qu'il faut comprendre que...

Mme Lamarre : Parce qu'il y a un niveau de risque, là. Si c'est risqué, l'échographie, c'est aussi risqué quand le médecin le fait dans son bureau que quand un physiothérapeute le fait dans son organisation. On est d'accord que ça prend des standards, des agréments, des contrôles de qualité, des contrôles de sécurité au niveau des appareillages, mais au niveau de l'acte comme tel...

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, ça met fin à cet échange avec l'opposition officielle.

Mme Lamarre : Sauvé par la cloche.

Le Président (M. Merlini) : Je me tourne maintenant vers le deuxième groupe d'opposition. M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, vous disposez de six minutes pour votre bloc d'échange avec nos invités.

M. Picard : Merci, M. le Président. Deux questions rapides. Messieurs, merci de votre présence. Tout à l'heure, vous avez parlé du danger des résultats des tests génétiques. Lorsque les tests sont faits, là, correctement, là, avec une prescription d'un médecin, est-ce que vous iriez jusqu'à dire que les résultats... est-ce qu'on les conserve dans le DSQ ou on les détruit? Parce que...

M. Bernard (Charles) : Les tests sont conservés actuellement, mais qu'est-ce qui est demandé...

M. Picard : Oui, mais est-ce qu'on devrait...

M. Bernard (Charles) : Les généticiens...

M. Picard : ...est-ce qu'on devrait recommander...

M. Bernard (Charles) : Il y a une spécialité en médecine qui s'appelle la spécialité de médecine génétique, ils font des tests régulièrement. À tous les jours, il y a des tests de génétique qui se font, mais ces tests-là se font dans un but d'évaluation. Exemple, dans tout le domaine de la reproduction, l'obstétrique, et tout ça, il y a des généticiens qui voient des patientes pour savoir les risques, on fait les calculs, et tout ça, mais il y a un monitoring, il y a un encadrement. Ces tests-là sont faits dans un but précis, ce n'est pas des tests à l'advenant pour dire que moi, demain matin, j'appelle, je ne sais pas... ou j'envoie, comme dit le Dr Robert, une goutte de sang je ne sais pas trop où puis je vais recevoir un résultat. Qu'est-ce que je vais faire avec ça? Il y a une grande différence entre une investigation qui est encadrée et monitorée, qui a un objectif précis... Et ces tests-là sont conservés dans le dossier du patient, puis le dossier du patient, à ce que je sache, aujourd'hui, il n'est pas à tout vent puis il n'est pas ouvert à tout le monde, là, c'est ouvert à des professionnels qui ont accès au dossier. Même chose que, quand on va avoir le DSQ, ce n'est pas tout le monde qui va avoir accès au DSQ, c'est les professionnels qui vont être concernés par le dossier du patient.

M. Picard : O.K. Deuxième question, à l'article 29, on dit que le directeur, le directeur adjoint, la personne responsable doivent posséder des qualités et satisfaire aux conditions prescrites par règlement. Avez-vous des recommandations à faire là-dessus pour qui peut être directeur, directeur adjoint?

M. Bernard (Charles) : Bien, d'abord, chaque laboratoire va être dans une spécialité particulière. On parle de laboratoires de biologie ou de biochimie, on parle de laboratoires d'imagerie médicale, je verrais mal un psychiatre qui serait directeur médical d'un laboratoire d'imagerie médicale ou d'apnée du sommeil. Alors donc, je pense qu'en partant on va demander que ça soit des gens qui sont spécialisés dans le domaine, et qui ont une expertise, et qui sont reconnus pour la qualité de leurs compétences et de leur formation. Alors, je pense que ça, c'est des choses qui sont essentielles parce que ce qu'on a déjà vu ici, au Québec, des gens de l'extérieur qui étaient psychiatres, qui interprétaient des évaluations de l'apnée du sommeil, et on trouvait ça épouvantable. Ça prend une formation particulière pour ça, on ne peut pas s'improviser parce qu'on a un type de médecin spécialiste dans tel ou tel domaine. Au Québec, en passant, on a 60 spécialités médicales. Alors donc, on ne manque pas de choix pour choisir un directeur médical dans une spécialité.

M. Picard : Donc, ça va prendre... mais il va falloir quand même circonscrire selon le...

M. Bernard (Charles) : Exactement. Exactement.

M. Picard : O.K. C'est beau. Merci, M. le Président, ça va.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. Je vais permettre à Mme la députée de Taillon de poser une complémentaire — on va le dire comme ça — parce que vous cherchez à avoir une information que peut-être le Collège des médecins pourrait envoyer à la commission. Peut-être ne pas répondre aujourd'hui, mais nous envoyer les informations que Mme la députée de Taillon, par manque de temps...

Mme Lamarre : ...

Le Président (M. Merlini) : Mais, comme M. le député des Chutes-de-la-Chaudière a été généreux avec son temps, allez-y, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. En fait, ce serait de revenir sur le nombre de pneumologues qui sont formés actuellement en apnée du sommeil pour qu'on puisse apprécier, là...

M. Bernard (Charles) : Ça va me faire plaisir de vous envoyer cette statistique-là.

Mme Lamarre : Je le savais que ça vous ferait plaisir, ça me fait plaisir aussi.

M. Bernard (Charles) : Mais la question, je vais même la poser à l'association des pneumologues, qui va être encore... Parce que nous, on tient le tableau de tous les membres médecins qui exercent au Québec, on les sait par spécialité, mais, dans les surspécialités, on ne les a pas tout le temps à 100 %. Mais je vais essayer d'avoir le chiffre le plus précis et le plus proche de la réalité au Québec aujourd'hui.

M. Robert (Yves) : Et l'association des pneumologues doit faire parvenir à la commission un mémoire, si ce n'est déjà fait, là, parce que je l'ai vu récemment. Donc, vous devriez éventuellement avoir cette information-là dans leur mémoire.

Mme Lamarre : Dans leur mémoire.

Le Président (M. Merlini) : Dr Bernard, Dr Robert représentant le Collège des médecins du Québec, merci de votre présence aujourd'hui et d'avoir contribué aux travaux de la commission.

Je suspends donc quelques instants les travaux afin de permettre aux représentants de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec de venir s'asseoir à la table. Alors, nous suspendons quelques instants.

(Suspension de la séance à 15 h 10)

(Reprise à 15 h 12)

Le Président (M. Merlini) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous reprenons donc nos travaux. Je souhaite la bienvenue aux représentants de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec. Je vous demande de bien vouloir vous présenter lorsque vous ferez votre exposé. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour ceci, et, par la suite, nous procéderons à période d'échange avec les membres de la commission. Alors, à vous la parole. Et bienvenue à la commission.

Association des orthésistes et des prothésistes du Québec (AOPQ)

Mme Bleau (Jacinte) : Bonjour, M. le Président, M. le ministre. Je m'appelle Jacinthe Bleau, je travaille comme orthésiste-prothésiste depuis 40 ans et puis je suis directrice d'un laboratoire depuis 25 ans. Je représente l'association des orthésistes-prothésistes du Québec avec Christiane Ouellette, qui est notre présidente et directrice générale, et puis aussi on représente 48 laboratoires d'orthèses-prothèses qui ont un permis du ministère, du laboratoire. Donc, l'AOPQ vous remercie de nous permettre de vous présenter nos réflexions relativement au projet de loi n° 118.

Depuis quelques années, l'AOPQ qui est l'association des orthésistes-prothésistes du Québec émet le besoin urgent de moderniser le cadre légal des milieux de travail des orthésistes-prothésistes afin que le service relatif à l'appareillage orthopédique soit mieux encadré. Puis je souligne, le service. L'AOPQ a d'ailleurs été invitée à siéger au comité de travail mis sur pied par le ministère dans le cadre des travaux qui mènent à la réforme de la loi actuelle. La réussite de la réforme souhaitée doit partir des impératifs de la protection du public dans cette sphère d'activité. Or, tel que rédigé, le projet de loi n° 118 nous semble fondé sur certaines mécompréhensions du domaine des orthésistes-prothésistes.

Le projet de loi déroge de la pratique par la création d'une distinction étanche entre le laboratoire et le centre de services. Le premier serait responsable de la fabrication et des réparations d'orthèses, prothèses, alors que le deuxième effectuerait le service au public. Cette division se répercute dans l'ensemble du projet de loi, notamment par l'édiction d'obligations distinctes à des deux types d'entités. Or, cette distinction catégorique entre le laboratoire et le centre de services n'a aucune résonance dans la pratique au Québec. La fabrication et la réparation d'un côté et les services d'évaluation biomécanique, prise de mesures, de moulage nécessaires à la fabrication et le service de vente et d'ajustement de l'autre... Présentement, la majeure partie des laboratoires effectuent sur place l'ensemble de ces activités.

Tout endroit de service effectue fréquemment des réparations et des ajustements. Nombre d'appareils nécessitent même d'être moulés directement sur le patient, donc d'être fabriqués sur le patient. Vouloir créer une division étanche entre la fabrication-réparation, lieu où il n'y aurait pas de présence de patients... est contre la pratique des entreprises actuellement sur le marché et définie davantage par des laboratoires orthopédiques qui effectuent un continuum d'actes envers le patient allant de l'évaluation biomécanique jusqu'au suivi auprès du patient, en passant très souvent par la fabrication et la réparation.

Vous avez d'ailleurs dans votre document l'annexe A, qui montre des photos d'articles ou d'appareils orthopédiques qui ont été mis directement ou moulés directement sur le patient. Selon nos recherches, moins de cinq entreprises sur les 122 permis de laboratoire autorisés par le ministère sont dédiées exclusivement à la fabrication, c'est-à-dire qu'elles opèrent une centrale de fabrication, la plupart dans le domaine de l'orthèse plantaire. La vaste majorité des entreprises effectuent tous les actes relatifs à l'orthèse tels que mentionnés ci-haut. Puis on vous a fourni un petit tableau qui décrit, dans le fond, que toutes les activités se font autant au niveau des points de service que des laboratoires, puis les points de service étant une extension du laboratoire.

Pour la protection du public, la définition de «laboratoire» devrait comprendre toutes les activités reliées à l'attribution de l'appareillage sans n'en exclure aucune, c'est-à-dire l'évaluation biomécanique, la conception, la prise de mesures, le moulage nécessaires à la fabrication, la fabrication, la réparation, la livraison et le centre de services. En élargissant la définition du laboratoire orthopédique et en ajoutant toutes les activités cliniques, cette définition représenterait la réalité de la pratique et permettrait la protection du public. Nous ne voyons aucune raison de changer abruptement la

structure des activités reliées à l'attribution par l'imposition de divisions artificielles et arbitraires des activités qui ne s'installent pas dans le continuum des services professionnels.

Nous appuyons, par contre, l'idée d'établir des standards élevés afin de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services offerts. À cet égard, nous demandons à ce que ces standards soient applicables aux laboratoires, tel que nous proposons, qui feraient tous les services au même endroit. Il est donc recommandé d'éliminer la définition de «centre de services orthopédiques», puisque l'encadrement serait élargi à tous les services par une définition élargie. La recommandation, donc, est d'ajouter les activités cliniques d'évaluation biomécanique, de prise de mesure, de moulage, d'empreinte, d'ajustement et de réparation, et de suivi à la définition actuelle de «laboratoire d'orthèses-prothèses» et d'abolir le centre de services.

Dans un deuxième temps, l'AOPQ souhaite souligner l'initiative gouvernementale de reconnaître le rôle de l'orthésiste-prothésiste dans l'évaluation biomécanique du patient. Il s'agit d'une tâche importante du professionnel qui participe à ce que l'intervention soit adaptée aux besoins du patient. L'évaluation biomécanique, le fait de définir «biomécanique», serait un acte partagé. L'examen biomécanique est une évaluation subjective et objective visant à déterminer les anomalies mécaniques. Basé sur les motifs de consultation et d'ordonnance du patient, l'orthésiste-prothésiste effectue, dans un premier temps, l'analyse des plans de mouvement, les amplitudes de mouvement, l'analyse de la musculature pour pouvoir créer l'orthèse qui va conformer au besoin et même améliorer la situation. C'est d'autant plus important dans la production d'une prothèse. Un membre artificiel, on a la nécessité de faire l'évaluation biomécanique pour ajuster l'appareil puis aider la personne amputée à marcher.

La confirmation de cette responsabilité dans la loi reflète la pratique actuelle d'un acte qui ne comprend aucun risque de préjudice, mais qui fait partie de l'exercice de la profession. Les ordonnances — que vous avez en annexe — prescrites aux patients montrent, d'ailleurs, l'importante collaboration que les médecins et les orthésistes ont entre eux dans l'évaluation et la production d'un appareil orthopédique selon des principes biomécaniques. En ce sens, cette reconnaissance est un élément important à souligner dans le projet de loi. Donc, on vous recommande de garder l'évaluation biomécanique dans la définition des activités de l'orthésiste-prothésiste.

• (15 h 20) •

L'AOPQ constate que le projet de loi affaiblit le rôle du directeur de laboratoire, et, de ce fait-là, nous aimerions vous amener la recommandation de donner toutes les responsabilités au niveau de la qualité des produits et des services et la formation du personnel au directeur du laboratoire, qui devrait lui-même être titulaire du permis; prévoir l'obligation du directeur d'être membre d'un ordre professionnel; et conserver la responsabilité du propriétaire d'un laboratoire envers les activités sans qu'il soit titulaire du permis; obliger la nomination, sous la responsabilité du directeur de laboratoire, d'une personne responsable dans chacun des lieux de services associés au permis.

Pour conclure, l'AOPQ accueille très favorablement la présentation du projet de loi modernisant le cadre légal des milieux de travail afin que les services relatifs à l'appareillage orthopédique soient mieux encadrés. Or, la réussite d'une telle réforme doit partir de la réalité de la pratique de cette profession au Québec et des impératifs de la protection du public dans cette sphère d'activité. Cependant, tel que rédigé, le projet de loi n° 118 semble fondé sur certaines mécompréhensions, comme on le disait, et n'est pas cadré au niveau de la pratique, surtout en ce qui a trait à la protection du public et des appareils qu'on fait sur le patient.

Ajouter les activités cliniques d'évaluation biomécanique de prise de mesure, de moulage, de livraison, d'ajustement et de réparation à la définition actuelle corrigerait le tir. Il faudrait, de ce fait, abolir la notion de centre de services orthopédiques et de confier la garde de l'ordonnance du dossier du patient non à la centrale de fabrication, comme il est écrit présentement, mais à l'endroit où le patient reçoit le service.

Deuxièmement, de conserver le terme «évaluation biomécanique» dans la définition des activités de laboratoire.

Et, troisièmement, de donner toutes les responsabilités au niveau de la qualité des produits et services et de la formation du personnel au directeur, qui serait lui, le titulaire du permis, prévoir l'obligation du directeur d'être membre de l'ordre professionnel et de conserver la responsabilité des propriétaires du laboratoire envers les activités qui s'y déroulent. Merci.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme Bleau, pour votre exposé. Nous allons maintenant commencer la période d'échange avec le député de La Pinière, ministre de la Santé et des Services sociaux. Vous disposez d'un bloc de 14 min 30 s. La parole est à vous.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors Mme Bleau, Mme Ouellette, bienvenue à notre commission parlementaire. Et je vous remercie, évidemment, d'avoir pris le temps de rédiger le mémoire et de venir nous l'expliquer dans moult détails, c'est très apprécié. Puis je dois vous avouer tout de suite une chose d'entrée de jeu, je pense que vous nous avez bien démontré qu'il était temps qu'on fasse une mise à jour sur le plan réglementaire, puisque les éléments qu'on a mis dans notre projet de loi semblent être décalés par rapport à la pratique que vous avez dans votre réseau, particulièrement à la conjugaison, dans certains milieux, de la fabrication et du service, que vous avez bien étayée, là, dans vos commentaires.

Alors, je comprends bien, là — et ça, c'est uniforme dans votre réseau — vous avez partout, contrairement à ce qu'on a pu penser, des activités à la fois de service et de fabrication. Ce n'est pas une exception, une anecdote. Je ne dis pas ça négativement, là, ce n'est pas anecdotique au sens de la rareté, vous nous expliquez que c'est votre pain quotidien, je ne me trompe pas, là?

Mme Bleau (Jacinte) : Exactement. C'est exactement le point.

M. Barrette : O.K. Alors, je comprends bien votre point là-dessus, puis je pense qu'il y aura lieu d'apporter des ajustements à notre projet de loi, compte tenu de ce que vous dites. Puis c'est à ça que ça sert, vous venez nous informer, et l'objectif est de bonifier le projet de loi. Par contre, d'entrée de jeu, vous avez dit que vous étiez bien d'accord à ce qu'on aille dans cette direction-là dans l'optique de la protection du public. Et ça, je pense qu'on s'entend là-dessus. Vous êtes d'accord, là?

Mme Bleau (Jacinte) : C'est hyperimportant.

M. Barrette : O.K. Là, par contre, où j'ai... Écoutez, je vais vous avouer que ça m'a surpris, là, dans votre mémoire, vous nous indiquez que vous voudriez que le même traitement existe pour les établissements. Mais l'établissement, ne trouvez-vous pas qu'avec le contrôle de qualité qu'il y a, là, l'établissement, la supervision, et ainsi de suite, qu'il y a dans les établissements eux-mêmes, que ça, c'est suffisant pour ne pas qu'on alourdisse les procédures en incluant les établissements dans cette loi-là? C'est vraiment une opinion que je vous demande, là, c'est à ça que ça sert, ces consultations-là.

Nous, dans notre logique, compte tenu du fait que le milieu, on va dire, hospitalier, le réseau comme tel a déjà des balises, des moyens, des leviers pour atteindre l'objectif de la protection du public, ce n'est pas des gens qui sont seuls, sans pairs et sans supervision, c'est toujours pour ça, la raison pour laquelle, quand on fait une loi ou un règlement, on ne vise pas les gens à l'extérieur du réseau pour les cibler, là, ce n'est pas ça du tout, c'est parce qu'évidemment, par définition, peu importe le profil, les médecins, c'est la même chose, quand ils ne sont pas en relation quotidienne avec des pairs ou une organisation qui a la capacité d'évaluer la qualité et de rétroagir si nécessaire, bien là c'est là qu'on trouve qu'on a besoin de lois et de règlements. Ce n'est pas propre à vous, c'est propre à la situation organisationnelle détachée d'un environnement où il y a ça, cette mécanique-là.

Mme Bleau (Jacinte) : En fait, c'était plus un questionnement, ce point-là, de toute façon, puis merci d'y répondre un peu. Mais c'est du fait que, depuis quelques années, il y a des activités qu'on dit un peu plus commerciales, c'est-à-dire qu'il y a un montant qui est demandé aux patients pour des orthèses plantaires, admettons, ou pour certains types d'appareillage qui ne sont pas couverts dans le cadre de la Régie de l'assurance maladie et qui ne répondraient pas à une considération spéciale. Puis c'est de ce fait-là qu'on voyait qu'il y avait une activité commerciale qui commençait à se faire dans les centres de réadaptation, puis c'était une question qu'on avait à ce sujet-là.

M. Barrette : O.K. Bien, allons un peu plus loin. Vous voulez les séparer, ou vous ne voulez pas les séparer, ou vous voulez tout simplement...

Mme Bleau (Jacinte) : On voudrait qu'il y ait le même encadrement, en fait.

M. Barrette : Pardon?

Mme Bleau (Jacinte) : On voulait être sûrs qu'il y ait le même encadrement, la même responsabilité envers les actions aussi faites.

M. Barrette : O.K. Je veux juste bien vous comprendre parce que, là, c'est moi, là, qui ne comprends pas. Ce n'est pas vous qui n'êtes pas claire, c'est vraiment moi qui ne comprends pas.

Mme Ouellette (Christiane) : Juste le projet de loi, la façon qu'il avait été écrit, qu'il est écrit, qu'il a été déposé, c'est qu'il faisait une distinction entre le secteur public et le secteur privé. Donc, le secteur privé avait comme une distinction avec un laboratoire où qu'il y avait fabrication, il n'y avait pas de patients et que ça leur empêchait de fabriquer directement sur le patient. Et, s'il n'y avait pas d'assujéti pour les établissements, c'est qu'eux on le sait qu'ils fabriquent directement sur le patient et qu'ils reçoivent une clientèle externe aussi.

M. Barrette : O.K. Ce n'était pas ça, ce n'était pas ça, notre finalité... pas notre finalité, on a la même finalité. Notre prémisses de départ, ce n'était pas ça, c'est que la fabrication, pour nous, dans notre concept erroné, comme vous nous l'avez démontré... en tout cas, décalé dans le temps, on va dire ça comme ça, on a continué à voir les endroits où on fabrique comme étant détachés du point de service, le patient lui-même, par rapport au point de service, le centre de services, qui, lui, est en contact, par définition, avec le patient, là, c'est là où on installe, on ajuste et répare, comme vous avez bien dit. Mais là ce que vous nous dites, c'est que tout ça se fait au même endroit maintenant en majorité. Peut-être qu'il y a encore des endroits qui ne font que de la fabrication, est-ce qu'il y en a encore?

Mme Bleau (Jacinte) : Qui ne font que de la fabrication? Bien, c'est ce qu'on disait, c'est qu'il y a peut-être trois à quatre centres qui ne font que de la fabrication...

M. Barrette : 48, là.

Mme Bleau (Jacinte) : ...sur les 122.

M. Barrette : Ah! 122, pardon. O.K. Donc, c'est encore plus clair, alors que... Bon, ça, c'est réglé.

Maintenant, je reviens au côté commercial. Alors, nous, on n'a pas voulu s'adresser à ça sur la base du commercial, mais là, à partir du moment où vous introduisez ce concept-là, est-ce que vous êtes d'avis qu'on doit avoir des précautions particulières? Est-ce qu'on doit faire des modifications? Est-ce qu'on doit faire une séparation? Êtes-vous pour, contre, et ainsi de suite? Il y a peut-être des variations possibles sur l'existence dans le même point de service du commercial, du couvert. Est-ce que, pour vous, c'est un enjeu? Ça se peut que ça ne le soit pas, c'est à vous de nous éclairer là-dessus.

Mme Bleau (Jacinte) : Non, non, ce n'est pas un enjeu. En fait, ce qu'on voulait mentionner, c'est que les activités des centres de réadaptation sont les mêmes que celles qui se font en secteur privé, c'est-à-dire toutes les activités qui sont pour le service aux patients. Certains produits sont délivrés aux patients sous les assurances... remboursés par des assurances personnelles, d'autres par des assurances privées, d'autres par des agents-payeurs du gouvernement, puis ça, la situation est la même pour le privé que pour le public. Ça fait qu'on ne voudrait pas qu'il y ait une séparation qui n'est pas vraie pour le privé, puis une séparation qui n'est pas là dans le public.

M. Barrette : O.K. Est-ce que les explications que je vous donne, pour ce qui est de...

Mme Bleau (Jacinte) : Oui, c'est parfait.

M. Barrette : C'est correct, ça vous va, ça?

Mme Bleau (Jacinte) : Numéro un.

M. Barrette : O.K. M. le Président, moi, je pense que ça fait le tour de mes interrogations. Je vous remercie, hein, vous nous avez vraiment littéralement éclairés. Merci.

Le Président (M. Merlini) : Très bien. Merci beaucoup, M. le ministre. Est-ce qu'il y a des collègues du gouvernement qui auraient des questions pour nos invités présentement? Alors, merci beaucoup pour cet échange. Je me tourne donc vers la députée de l'opposition officielle, Mme la députée de Taillon, vous disposez d'un bloc de 8 min 42 s.

• (15 h 30) •

Mme Lamarre : 8 min 42 s. Merci beaucoup. Alors, bienvenue. C'est un plaisir de vous accueillir, Mme Ouellette et Mme Bleau. Il y a une dimension particulière dans votre exercice, le professionnel qui est lié ou qui serait le directeur, il peut être différent. Pouvez-vous nous donner quel genre... qui sont généralement... qui vous verriez... Quand vous dites prévoir l'obligation du directeur d'être membre d'un ordre professionnel, qui vous verriez comme... ou, dans les faits, actuellement, comment ça se passe?

Mme Bleau (Jacinte) : Dans les faits, actuellement, le directeur de laboratoire, par règlement, est défini comme étant un orthésiste-prothésiste avec une expérience de cinq ans, minimum, puis ayant travaillé dans le domaine qui est le secteur qui est demandé, soit l'orthèse-prothèse, l'orthèse plantaire. Puis on demande que cet orthésiste-prothésiste-là directeur soit membre d'un ordre professionnel, que ça soit inscrit par obligation qu'il soit membre d'un ordre professionnel.

Mme Lamarre : Alors, généralement...

Mme Bleau (Jacinte) : Présentement, ce n'est pas le cas.

Mme Lamarre : ...ce n'est pas le cas. Donc, vous diriez que, sur les 122, il n'y en a pas qui sont membres d'un ordre professionnel ou il y en a un certain nombre?

Mme Bleau (Jacinte) : Non. Grâce à la délégation d'actes médicaux qui nous ont été donnés, il y a quelques années, par rapport aux techniciens en orthopédie, on a une obligation, dès qu'on applique un appareillage, de devenir membre d'un ordre professionnel. Par contre, il y a certains directeurs qui voient moins de patients puis qui se sentent moins obligés par cette formule-là. Puis d'obliger le professionnalisme à travers la gestion de la qualité, c'est important pour nous. Donc, d'être membre d'un ordre professionnel le permettrait.

Mme Lamarre : D'accord. Alors, je vous donne deux exemples, peut-être, de situations cliniques qui pourraient apparaître, et vous me dites comment vous les gérez actuellement et comment le projet de loi vous aiderait à mieux protéger la population. S'il y avait une erreur d'ajustement, parce que ce que je comprends, c'est que c'est l'orthésiste, mais ce n'est pas nécessairement l'orthésiste qui serait le directeur, là... Donc, s'il y avait une erreur d'ajustement, qui serait imputable de ce type d'erreur?

Mme Bleau (Jacinte) : Présentement, c'est le directeur du laboratoire et l'orthésiste. Habituellement, là, tous les orthésistes devraient être membres d'un ordre professionnel, les orthésistes-prothésistes. Donc, lors d'un ajustement, c'est toujours un orthésiste qui fait l'acte et puis qui est responsable de par son adhésion à l'ordre, mais le directeur du laboratoire est responsable de toutes les actions qui sont posées dans le laboratoire.

Mme Lamarre : Alors, vous dites : Normalement, un orthésiste devrait être membre. Donc, là, actuellement, c'est quoi, le pourcentage de vos orthésistes qui sont membres?

Mme Bleau (Jacinte) : Personnellement, 100 %, mais, dans les laboratoires présentement, 75 %, un peu plus. On a des gens de l'ordre des technologues qui pourront le justifier, mais un peu plus de 75 % sont membres de l'ordre des technologues.

Mme Lamarre : O.K. Et donc il y a quand même 25 % des gens qui font des ajustements directement sur les patients qui ne sont pas membres d'un ordre. Mais ça, vous ne le contestez pas, vous dites : On est d'accord avec ça, et nous...

Mme Bleau (Jacinte) : On veut qu'ils le deviennent.

Mme Lamarre : ...on veut aller de l'avant, et on veut qu'ils soient membres d'un ordre, et donc imputables. Donc, le rôle du directeur changerait un peu si tous vos membres étaient... le rôle du directeur serait plus au niveau de l'agrément de l'organisation, de la conformité aux standards.

Mme Bleau (Jacinte) : ...compétence du personnel, de s'assurer des choix de produits aussi. Donc, il y a des produits qui peuvent moins facilement, justement, pour votre exemple, s'ajuster sur le patient, ça fait partie des choix qui permettent un meilleur traitement.

Mme Lamarre : Et disons qu'un des objectifs de ce projet de loi là, c'est d'assurer une autonomie professionnelle par rapport aux pressions commerciales. Donc, le deuxième exemple, c'est s'il y avait un questionnement sur la qualité d'un produit. Il peut y avoir une gamme de produits, puis, finalement, le propriétaire décide de choisir ce produit, mais l'orthésiste, lui, ou le directeur... Alors, comment vous voyez que ça se contrôlerait mieux et que ça se gérerait mieux? Qui serait imputable ultimement?

Mme Bleau (Jacinte) : Ce qu'on demande, c'est l'imputabilité des deux, donc du directeur et du propriétaire. La façon, par contre, qu'il est inscrit dans la loi, on dit que ça serait le propriétaire qui serait le titulaire du permis et qu'il nommerait un directeur. Puis c'est à ce niveau-là qu'on voit la possibilité d'une imposition d'un versus de l'autre, tandis que, si le directeur est réellement membre d'un ordre professionnel, dont l'orthèse-prothèse, il est mieux apte à gérer puis il peut rendre imputable dans ses actions le propriétaire et l'actionnaire. C'est une façon différente d'écrire la même loi, en fait.

Mme Lamarre : En fait, votre situation est un peu différente de celle des autres, mais je trouve que votre recommandation est tout à fait professionnelle et témoigne, là, d'une préoccupation pour les patients. Alors donc, vous êtes prêts à consentir énormément de responsabilités au directeur. Et l'agrément, ce serait quand même le directeur du permis, le propriétaire du permis qui pourrait être imputable aussi.

Mme Bleau (Jacinte) : De l'agrément, de...

Mme Lamarre : Lors de l'agrément.

Mme Bleau (Jacinte) : O.K. Présentement, il n'y a pas encore d'agrément demandé pour les laboratoires d'orthèses-prothèses. Dans la loi, non. Dans la loi, on parle plus du laboratoire respiratoire. Par contre, ce n'est pas dit que ça serait une bonne idée.

Mme Lamarre : O.K. Donc, on comprend que vous seriez d'accord avec le fait qu'il y ait un processus d'agrément pour les laboratoires d'orthèses, prothèses.

Mme Bleau (Jacinte) : C'est ça. Tout à fait.

Mme Lamarre : On va le retenir. Je pense qu'on l'entend bien tout le monde. Alors, ça me convient bien. Le Collège des médecins voulait retirer le mot «évaluation biomécanique». Vous recommandez de maintenir. Pouvez-vous nous expliquer un petit peu sur la base de quoi vous avez une vision différente?

Mme Bleau (Jacinte) : Premièrement, l'évaluation biomécanique est enseignée dans les deux collèges dans la formation de base de l'orthésiste-prothésiste et fait partie du travail inhérent. C'est la partie essentielle pour dessiner, concevoir un appareil orthopédique.

Deuxièmement, le mot «évaluation» sans la définition «biomécanique» pourrait porter à confusion. Mais, si on l'ajoute, donc on précise le type d'évaluation, à ce moment-là il n'y a pas une crainte d'avoir, selon nous, une problématique au niveau d'un acte réservé. L'évaluation biomécanique n'est pas présentement réservée, et ce qu'on remarque, c'est qu'on a développé au sein de l'association... et on exige aux membres et aux orthésistes-prothésistes d'utiliser un protocole d'évaluation biomécanique qui est dans vos annexes, d'ailleurs, et qui permet d'encadrer très bien l'évaluation de la personne pour la réalisation de l'appareillage. Donc, c'est vraiment spécifique et ciblé pour la réalisation d'un appareillage.

Le Président (M. Merlini) : 2 min 30 s, Mme la députée.

Mme Lamarre : D'accord. J'essaie de comprendre parce que l'évaluation biomécanique, ça peut peut-être être quelque chose d'utile, mais c'est peut-être aussi plus large que la portion qui vous est utile. C'est peut-être de là que vient la lecture différente entre le Collège des médecins et votre besoin, donc il y a peut-être une terminologie à clarifier. Je voyais que le collège proposait «collecte d'information», mais ça ne me semble pas non plus être ce qui serait approprié, mais...

Mme Bleau (Jacinte) : En fait, ce n'est pas suffisamment lié à la biomécanique. Notre profession tente, premièrement, de mimer le mouvement du corps humain par l'extérieur ou par l'intérieur. Donc, il est important de connaître comment chacune des articulations fonctionne, où s'attache chacun des muscles, la capacité musculaire de faire le mouvement. On veut accompagner le mouvement, on ne veut pas le faire à la place. Donc, les appareillages, les orthèses qu'on dessine c'est pour aider à la personne à fonctionner, puis c'est par la connaissance de la biomécanique qu'on vient qu'à être capables d'utiliser les bonnes articulations et les bons moments de force aussi dans le dessin de l'orthèse. Donc, la biomécanique, la définition, c'est vraiment l'analyse des mouvements dans les amplitudes, dans la force qui est dégagée par la musculature ou les ligaments, puis nous, c'est notre fonction de remplacer certaines fonctions du corps par l'appareillage.

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme Bleau. Merci, Mme la députée de Taillon pour cet échange avec l'opposition officielle. Je me tourne vers le deuxième groupe de l'opposition. M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, vous disposez de 5 min 48 s. À vous la parole.

M. Picard : Merci, M. le Président. Merci, mesdames. Toujours sur le même sujet, là, il y a des gens qui, je veux dire, remettent en question vos compétences pour faire l'évaluation biomécanique. Pour les gens qui nous écoutent, est-ce que vous pourriez nous donner la formation nécessaire pour faire le travail que vous faites? Dans votre mémoire, j'ai un document du collège Mérici, là. Moi, je l'ai, mais les citoyens qui nous écoutent ne savent pas qu'est-ce que vous avez comme formation pour effectuer ce travail.

Mme Bleau (Jacinte) : Dans la formation de base, il y a premièrement des cours en biomécanique, donc d'analyse du mouvement, de compréhension des types d'articulations qui composent le corps humain, de l'endroit où les ligaments s'attachent pour comprendre les limites de chacun des mouvements et la musculature. Associé à ça, il y a des pathologies qui font que certaines articulations ne fonctionnent plus de la bonne façon soit par de la déformation arthritique, soit par des déformations au niveau d'hémiplégie, de paralysie ou de troubles de déchirure de certains ligaments. De ce fait-là, on doit savoir la laxité qui est rendue maintenant au niveau du corps humain pour appareiller la personne puis l'aider à fonctionner de la meilleure façon sans nuire et sans immobiliser les articulations qui peuvent encore bouger. Donc, l'analyse de la biomécanique, c'est vraiment l'analyse de l'articulation en soi, de chacune des articulations du corps humain, de la façon que la personne marche.

Donc, il y a des cours, il y a des formations sur l'analyse de la marche. Il y a des formations sur l'analyse dans les plans frontal, sagittal, donc de côté, de face et de haut pour s'assurer que la personne n'a pas des tendances, autant de visu que par des outils.

Donc, on a des outils pour mesurer qui sont des plateformes de force, qui sont des appareils vidéo qui vont nous dire quel angle a le genou quand on marche. Il va y avoir certains éléments qui ont été appris par les écoles, mais aussi, à la longue, développés à travers chacun des laboratoires. Puis les plateformes de force nous permettent surtout d'évaluer la différence entre le début d'une correction puis la fin d'une correction, donc le suivi.

Puis, si la personne présentement... pour attribuer certains types de pieds prothétiques, il faut qu'on soit capables de dire, la personne, elle a marché en combien de temps le 10 mètres. Puis le degré d'activité de la personne va nous permettre de choisir le type de pied pour cette personne-là.

Donc, c'est des exemples, un peu, de l'utilisation de l'analyse biomécanique. À chacun des cours d'appareillage, il y a toujours une notion d'évaluation biomécanique en fonction de ce type d'appareillage là dans la formation collégiale.

• (15 h 40) •

M. Picard : Merci. Merci pour votre mémoire, qui est très clair. Donc, je vous remercie pour votre apport aux travaux de la commission. Merci beaucoup.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. Maintenant, le député de Mercier, vous disposez de trois minutes pour échanger avec nos invités. À vous la parole.

M. Khadir : Merci beaucoup, M. le Président. Dans les limites de ma compréhension de votre travail et de ce que j'ai pu lire et écouter de votre mémoire, expliquez-moi ce que vous recommandez, par exemple, dans votre recommandation 1, c'est-à-dire la prise des mesures, moulage, livraison, ajustement, réparation et suivi à la définition actuelle du laboratoire orthopédique, donc, à l'intérieur de l'évaluation biomécanique. Et, ensuite, la recommandation 2, qui consiste à conserver l'évaluation biomécanique dans la définition des activités de laboratoire orthopédique, est-ce que, selon vous, ceci va augmenter la couverture publique des gestes posés par les professionnels en orthèses et en prothèses ou est-ce que ça va diminuer la couverture publique?

Mme Bleau (Jacinte) : Je vais répondre assez vite. Premièrement, ça va augmenter le contrôle puis protéger mieux le public, de ce fait-là. Ça améliore la situation parce que, dans l'esprit de la loi actuelle, ce qui avait été écrit, c'est que, dans un laboratoire, il y a des services qui sont appliqués — puis on a mis aussi quelques exemples à ce fait-là — et de la

fabrication et de la réparation. Par contre, le permis est délivré pour de la fabrication et de la réparation. Récemment, certains centres de services se sont dit qu'ils n'avaient plus besoin d'un permis de laboratoire parce qu'eux ne fabriquaient pas, mais, dans le fond, sans se rendre compte que, quand on fait un appareil directement moulé sur la personne, on fabrique. Tout le monde, on se rend compte, font un peu de fabrication. Mais c'est du fait que certaines personnes faisaient de l'évaluation sans permis qu'on a dit qu'on est mieux d'élargir la définition du laboratoire et d'écrire dans la loi que le laboratoire n'est pas seulement fabrication et réparation, mais qu'il offre tous les autres services entourant l'attribution d'un appareillage.

M. Khadir : Je vais préciser le sens de ma question. Peut-être que je me suis fait mal comprendre, bien que les explications que vous avez fournies sont fort utiles. Est-ce que les patients vont avoir moins à payer au bout de la ligne dans toutes les étapes de l'évaluation jusqu'à la fabrication de la prothèse ou de l'orthèse avec les recommandations que vous amenez? Est-ce qu'il y a un élément de ça?

Mme Bleau (Jacinte) : Il n'y a pas moins à payer ou plus à payer parce que l'évaluation fait déjà partie du processus d'attribution et est déjà incluse dans le prix de couverture.

M. Khadir : C'est donc dans le cadre réglementaire.

Mme Bleau (Jacinte) : Exactement.

M. Khadir : Bon. Mais, à ce moment-là, comment des orthésistes et des prothésistes qui n'ont pas droit de faire certains actes pouvaient facturer à la régie?

Le Président (M. Merlini) : En une seconde.

Mme Bleau (Jacinte) : En fait, ces gens-là qui font de l'évaluation seulement ne facturent jamais à la régie, ils facturent toujours au patient.

M. Khadir : Donc, c'est les patients qui payaient. Et donc ça va continuer à être ainsi, les patients vont devoir payer.

Mme Bleau (Jacinte) : Pour l'évaluation biomécanique qui est incluse dans l'appareillage, il n'y a aucuns frais.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup...

M. Khadir : O.K. Donc, une fois intégrés, ils n'auront pas à payer. Parfait.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député de Mercier. Mme Ouellette, Mme Bleau, de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec, merci de votre participation aux travaux de la commission.

Je suspends donc les travaux quelques instants et j'invite la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à venir prendre leurs places. Nous suspendons les travaux.

(Suspension de la séance à 15 h 45)

(Reprise à 15 h 47)

Le Président (M. Merlini) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous reprenons nos travaux. Il me fait plaisir d'accueillir les représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et son président, le Dr Louis Godin. Je vous prie de présenter les gens qui vous accompagnent. Vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, et, par la suite, comme vous êtes bien habitués, il y aura échange avec les membres de la commission. Alors, Dr Godin, à vous la parole.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Godin (Louis) : Merci, M. le Président. Alors, M. le ministre, les représentants des oppositions, Mmes et MM. les députés, je vous remercie de nous accueillir. Je suis accompagné aujourd'hui, à ma droite, du Dr Sylvain Dion, deuxième vice-président de la fédération et médecin de famille à Lac-Etchemin, et, à ma gauche, de Me Pierre Belzile, chef du Service des affaires juridiques à la fédération.

Nos propos aujourd'hui, par rapport au projet de loi n° 118, portent essentiellement sur un élément. On veut vous faire part de nos préoccupations à la possibilité que le projet de loi n° 118 amène une limitation à l'utilisation de l'échographie en cabinet, particulièrement l'échographie ciblée par les médecins de famille. Nous aimerions que vous assuriez, à l'intérieur de ce projet de loi, qu'au contraire on puisse favoriser et étendre son utilisation, particulièrement au cours des prochaines années.

Pourquoi? On va lire à plusieurs endroits certaines références historiques. L'échographie est aujourd'hui peut-être ce que le stéthoscope était au milieu des années 1800. C'est une technologie qui évolue beaucoup, qui est de plus en plus

accessible et dont l'utilisation a de nombreux avantages cliniques, que ce soit, comme on le mentionne dans notre mémoire, pour aider à déterminer des plans d'investigation ou de traitement, que ce soit pour prendre des décisions, est-ce qu'on doit orienter notre patient vers des ressources ou des soins spécialisés plus rapidement ou carrément ne pas le référer, procéder à des vérifications très importantes pour nos patients qui sont plus compliquées à obtenir, que ce soit le statut de grossesse, vérification de coeur foetal ou d'autres exemples comme l'aide à certains gestes cliniques.

• (15 h 50) •

Quand on lit le projet de loi n° 118 et lorsque l'on a interpellé les représentants du ministère là-dessus, on n'a pas pu vraiment être capables de préciser quelle était l'intention exacte par rapport à ça. Est-ce que les médecins de famille devront obtenir un permis pour utiliser l'échographie en cabinet? Est-ce qu'on devrait, si on pousse plus loin, avoir un directeur médical dans chacune des cliniques où des médecins utiliseraient un échographe? Pour nous, il y a là des questionnements par rapport à ça.

Donc, on croit qu'il revient au Collège des médecins le rôle d'encadrer l'utilisation des échographies en cabinet. On ne pense pas qu'il y a lieu d'associer l'utilisation des échographies à l'obtention d'un permis de laboratoire d'imagerie médicale spécifique, puisqu'on est convaincus que son utilisation doit s'étendre au cours des prochaines années. Et, somme toute, pour nous, la façon la plus sûre d'éviter de restreindre ou d'empêcher cette utilisation-là en cabinet est carrément de soustraire l'utilisation de l'échographie de l'application de la loi n° 118 ou du projet de loi n° 118, compte tenu également de tout ce qui encadre la question de la sécurité. On sait que, du côté de la formation, ces choses-là peuvent être prises en charge par le Collège des médecins et doivent être prises en charge par le Collège des médecins. Quant à la sécurité de l'utilisation de ces appareils-là, il n'y a pas, à notre sens, d'enjeux importants, puisque les appareils qui sont utilisés sont avant tout des appareils percutanés, c'est-à-dire que ce n'est pas plus à risque de poser une sonde d'échographe sur la peau que de poser un stéthoscope sur la peau d'un patient. Donc, c'est essentiellement le message que l'on voulait transmettre à la commission. Et mes propos s'arrêteront là, et on est prêts à répondre aux questions ou à recevoir les commentaires. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Dr Godin, pour votre exposé. Nous allons commencer la période d'échange avec le député de La Pinière, ministre de la Santé et des Services sociaux. À vous la parole, vous disposez d'un bloc de 14 min 30 s.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, je vais me chronométrer, compte tenu du fait qu'on doit vivre avec l'horloge dans cette enceinte de débat qui est le salon rouge où on a le plaisir, Dr Godin, de vous recevoir, Dr Dion, Me Belzile. Merci d'avoir pris le temps de produire et de nous présenter aujourd'hui votre mémoire. Et là, on a tous compris, évidemment, que l'objet, pour vous, se limitait, vous l'avez dit vous-même, à l'échographie. Si vous me le permettez, Dr Godin, bien, en fait, peut-être que vous pourriez... Ici, les parlementaires ne sont pas tous familiers avec ce qu'on appelle l'échographie ciblée et l'échographie au sens convenu dans la pratique médicale. Si vous me le permettez, je vais prendre la parole simplement pour faire la distinction pour le bénéfice de tout le monde.

M. Godin (Louis) : ...pour faire ça, M. le ministre.

M. Barrette : Oui, je pense que oui. Alors, l'échographie, tout le monde connaît ça, c'est l'examen que tout le monde connaît. Les femmes enceintes ont ça, les adultes ont ça, c'est un examen. Et, essentiellement, on peut diviser l'échographie en deux catégories. Il y en a plusieurs catégories qui sont anatomiques : l'échographie du sein, l'échographie musculo-squelettique, de l'abdomen. Là n'est pas l'objet, séparons l'échographie en deux catégories : l'échographie diagnostique, donc une échographie qui a comme finalité de poser un diagnostic, et l'échographie ciblée, qu'on pourrait qualifier une échographie d'accompagnement et qui n'est pas nécessairement à finalité diagnostique, mais qui peut l'être dans certains cas. Donc, on peut conclure que l'échographie ciblée est un sous-groupe de l'échographie en général au sens commun du terme, d'où l'étiquette «ciblée». Et je ne veux pas minimiser le geste, au contraire. Je disais en introduction que l'objectif du projet de loi n° 118 était, d'abord et avant tout, un objectif de protection du public. Ce n'est pas un objectif de demander un permis pour un permis, ce n'est pas de demander un agrément pour un agrément, ce n'est pas pour objectif d'avoir un directeur médical pour un directeur médical, mais ça a comme objectif de mettre en place un cadre qui va protéger le public. Ça, je pense qu'on s'entend là-dessus.

Maintenant, dans le cas spécifique de l'échographie ciblée, Dr Godin, vous avez dit — et je suis d'accord avec vous, je suis d'accord avec vous — que l'échographie ciblée va devenir avec le temps, pour deux raisons, le stéthoscope des temps modernes. J'irais même jusqu'à dire que c'est déjà rendu là, le stéthoscope des temps modernes, puis je vais faire le parallèle un peu plus loin, dans un instant. La raison pour laquelle l'échographie ciblée va devenir et, dans certains cas, est devenue déjà dans certains pays le stéthoscope des temps modernes, c'est dû au fait, d'abord et avant tout, à la disponibilité économique de l'appareil.

Pour le bénéfice de ceux qui nous écoutent, là, un appareil pour faire des échographies dites diagnostiques, donc plus détaillées, plus extensives avec un diagnostic, c'est un appareil qui coûte environ 125 000 \$, avec des contrats de services. Il y a un coût à ça qui est substantiel, qui demande du personnel, un environnement informatique, et ainsi de suite. Il y a un coût qui est dispendieux. À l'opposé, l'échographie ciblée, c'est un petit appareil qu'on achète, qui coûte quelques dizaines de milliers de dollars, en général, 30 000 \$, 40 000 \$, et même moins pour ce qui est du ciblage de l'examen. Donc, c'est à la portée d'un professionnel qui a les revenus appropriés, on va dire ça comme ça. On parle de médecins ici, là, on parle d'environnement qui n'est pas celui du commun des mortels. Mais la raison pour laquelle l'échographie ciblée, elle est si en transformation de stéthoscope des temps modernes, c'est parce que ça coûte moins cher par opposition à l'autre qui coûte cher à l'achat, à l'entretien avec le personnel et l'infrastructure.

Dans les deux cas — et c'est là où je veux en venir — si on prend l'angle de la protection du public, ça exige, ça commande que l'utilisateur ait une formation appropriée. Vous et moi, Dr Godin, nous sommes d'une autre génération, nous sommes vieux. Ce n'est pas de l'âgisme, c'est une admission que nous avons des cheveux gris, pour ceux qui n'ont pas remarqué. Nous avons été entraînés...

M. Godin (Louis) : Je réagirai à ce commentaire-là plus tard.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Barrette : Tout le monde aura compris que ce n'était pas péjoratif, c'était évidemment pour faire la différenciation entre les jeunes médecins et les médecins de notre génération. À vous aussi, Dr Dion, j'ai remarqué que nous n'utilisons pas Grecian Formula, puis ce n'est pas de la publicité. Nous sommes dans une situation où on sait, vous, et, nous, et moi, et tout le monde ici, là, qu'on est entraînés à faire un diagnostic sur l'information qu'on obtient d'un stéthoscope. Quand on a fait notre cours de médecine, là, on a été entraînés à ausculter les poumons, à ausculter un abdomen, à ausculter un cœur et, en fonction de ce qu'on entend, de tirer une conclusion. Ça devrait être la même affaire pour l'échographie.

Alors, aujourd'hui, là, parlez-nous donc du niveau de formation qu'ont les médecins de famille pour utiliser l'échographie ciblée à la faculté de médecine.

M. Godin (Louis) : Vous l'avez bien mentionné, c'est quelque chose qui évolue et qui va continuer à évoluer dans le temps. La majorité des exemples que je vous ai mentionnés sont des exemples qui sont issus de discussions avec des médecins qui font de la formation des médecins de famille et...

M. Barrette : Dr Godin, je vous interromps pour le temps, là. La question que je vous pose, c'est important, là, parce que, pour moi, c'est hyperimportant dans le cadre de ce projet de loi là. Ça vous inquiète d'avoir l'obligation d'avoir un permis. Moi, je vous réponds du tac au tac que, s'il fut un temps où nous avions, dans notre cours de médecine, vous et moi, une formation claire, nette et précise à l'auscultation, quel est l'état de la situation de la formation à la faculté de médecine de l'échographie pour les futurs médecins de famille?

M. Godin (Louis) : Actuellement, il y a des cours de formation qui sont donnés à l'intention des étudiants, surtout les résidents en médecine familiale, et qui sont offerts — et vous êtes bien au courant de ça — aux médecins de famille pour maîtriser l'utilisation de l'échographie ciblée. Il est clair qu'à mesure que cette technologie-là deviendra disponible — parce que ça va continuer à évoluer, ce facteur économique là de l'échographie — il faudra s'assurer que le médecin ait la formation et les connaissances pour utiliser l'équipement. Cette responsabilité-là, pour nous, elle appartient au Collège des médecins. Pour n'importe quoi ou n'importe quel geste qu'un médecin pose, à la fois un médecin de famille ou un autre spécialiste médecin au Québec, on doit avoir la formation et les compétences pour le faire. Et les gens responsables de s'assurer de cette compétence-là, ce sont le Collège des médecins et les ordres professionnels.

Et ce qu'on ne veut pas qu'il arrive, c'est qu'on se retrouve que, pour le simple fait de l'utiliser, on ait à se soumettre à un règlement et à avoir un permis. S'il y a des règles à établir sur la capacité de le faire en termes de formation et de compétences, ça revient au Collège des médecins et aux ordres professionnels de déterminer quelles sont les choses que l'on doit rencontrer pour pouvoir le faire. C'est le Collège des médecins qui va certifier qu'un médecin puisse procéder à tel type de chirurgie ou à procéder à quel autre examen qui peut être parfois plus invasif.

• (16 heures) •

M. Barrette : Dr Godin, là, je veux juste qu'on établisse la réalité. Parce qu'ici ramenons-nous dans l'esprit du projet de loi, dont la finalité est la protection du public. Je comprends de votre commentaire qu'actuellement ce n'est pas une formation systématisée à la faculté de médecine, c'est une formation qui existe dans certains cas. Mais, par opposition à l'examen physique, le stéthoscope, et ainsi de suite, actuellement ça ne fait pas partie formellement de la formation des médecins pour la simple et bonne raison, comme vous l'avez dit, pour la simple et bonne raison que ce n'est pas dans le curriculum imposé par le collège. C'est ça, la réalité. Corrigez-moi, là, à moins que je ne sois pas à date, là, tous les jeunes médecins finissants n'ont pas tous une formation systématisée dans l'utilisation de l'échographie. Vous allez me dire que oui, oui, il y a des formations d'appoint à gauche et à droite, c'est vrai, je ne porte pas de jugement sur la qualité, mais aujourd'hui, dans la formation médicale, ce n'est pas systématisé.

M. Godin (Louis) : Je vais laisser répondre à ça le Dr Dion parce qu'il enseigne à l'unité de médecine familiale à l'Université Laval, donc il pourra apporter certaines précisions là-dessus, et je reviendrai après avec un commentaire, M. le ministre.

M. Dion (Sylvain) : Vous avez peut-être raison que ce n'est pas encore systématisé, mais, dans la majorité des unités de médecine familiale au Québec, on est en train d'acquérir des échographies portatives pour pouvoir enseigner certaines techniques d'échographie ciblée. Je veux juste renchérir...

M. Barrette : Dr Dion, c'est la seule chose que je voulais établir ici. Allons à l'étape suivante, si vous le permettez, parce que le temps passe, puis peut-être qu'on n'aura pas le temps d'approfondir. Et ce n'est pas par manque de volonté, là, c'est parce qu'il y a certains éléments pour lesquels j'ai une certaine expertise, et ça va dans le sens suivant. Et là, c'est tout dans le même sens, là. Ce n'est pas systématisé, c'est ça qui est l'élément, et on est dans un projet de loi de protection

du public. Quand, dans notre génération, vous et moi, là, on avait l'obligation d'écrire dans une note de médecin, là, une note d'évolution, ce qu'on avait entendu au stéthoscope, c'était invérifiable, mais au moins on avait... puis c'était vérifiable par un autre médecin, mais il n'y avait pas de substance pour démontrer que j'ai entendu un B1, un B2, et ainsi de suite, là. On s'entend-tu là-dessus? Ça, c'est clair, c'est la médecine de l'époque.

Aujourd'hui, là, dans un environnement qui est celui d'aujourd'hui, même si c'est une échographie ciblée, mais, à l'image du stéthoscope, ne croyez-vous pas qu'il devrait y avoir, pour des raisons de contrôle de qualité, certaines obligations documentaires de ce qui est vu et utilisé par l'échographie ciblée?

M. Godin (Louis) : Vous savez, ces mêmes obligations là que vous mentionnez peuvent très bien se retrouver dans certaines règles qui viendraient du Collège des médecins, mais qui ne seraient pas inscrites dans un projet de loi. Parce que ce que vous parlez pour l'échographie, il y a une tonne de situations sur le plan médical où vous pouvez acquérir certaines compétences qui vont vous être reconnues par le Collège des médecins qui peuvent être parfois très, très pointues, et on va encadrer les règles à l'intérieur de ça. Vous savez, ce projet de loi là sera probablement adopté. Et, à partir du moment où il sera adopté, c'est ce qui va gouverner pour les prochaines années. Et, pendant ce temps-là, je ne suis pas sûr qu'on sera capables de suivre toutes les évolutions technologiques au même rythme et faire qu'à un moment donné on restreigne l'utilisation de ça.

Vous parlez de la question de la compétence et de la formation. La compétence et la formation, c'est la responsabilité première de nos ordres professionnels et du Collège des médecins pour nous. Donc, à partir du moment où je peux utiliser l'appareil, il revient au collège de déterminer quelles sont les règles, qu'est-ce que je dois écrire, qu'est-ce que je dois écrire dans le dossier. Il le fait, d'ailleurs, actuellement pour encadrer la visite médicale que je fais, où il me donne des règles de choses que je dois noter, que je dois compléter dans mon dossier. C'est la même chose qui peut s'appliquer pour l'utilisation d'un appareil d'échographie.

M. Barrette : Si je suis votre raisonnement, Dr Godin...

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre, 1 min 30 s.

M. Barrette : Oui, mais moi, c'est 35. C'est une plaisanterie. Si je suis votre raisonnement, Dr Godin, toujours dans l'esprit du projet de loi, dont la finalité est la protection du public des deux côtés, là, l'échographie, le diagnostic standard, que tout le monde connaît, versus l'échographie ciblée, où on doit avoir une formation, on doit énormément avoir une preuve documentaire, une note. Si je suis votre raisonnement, il ne devrait pas y avoir de permis non plus du bord des radiologues, des gynécologues, des cardiologues parce qu'eux autres aussi, là, ils sont assujettis au même Collège des médecins.

M. Godin (Louis) : Pour ce qui est de l'utilisation de l'échographie ciblée, c'est le même raisonnement pour les autres professionnels que les radiologistes.

M. Barrette : Non, je parle de l'échographie en général parce que la logique que vous avez tenue, ce à quoi ça nous dirige, ça nous amène, c'est un projet de loi n° 118 qui ne s'applique pas aux médecins. Tout ce que vous avez dit est vrai pour un et pour l'autre, là.

M. Godin (Louis) : Lorsque vous parlez des laboratoires d'imagerie médicale, c'est beaucoup plus large que l'échographie.

M. Barrette : Bien, c'est quoi, la différence? Il y a un Collège des médecins.

M. Godin (Louis) : Bien, lorsque vous parlez de l'utilisation de particulièrement les appareils tomodynamométriques, les appareils de résonance magnétique...

M. Barrette : ...c'est quoi, la différence entre un obstétricien qui fait de l'écho et un omnipraticien?

M. Godin (Louis) : Par rapport à la possibilité d'utiliser, je représente les médecins de famille et je viens défendre ce droit-là.

M. Barrette : La logique de votre raisonnement, ça nous amène à exclure les médecins de toute catégorie du projet de loi.

M. Godin (Louis) : Non, non, non. À ce moment-là, je vais corriger mes propos et je vais me resituer à ce que je veux vous dire. Lorsque je parle de l'utilisation pour les médecins de famille, cette même qualification là peut aussi être acquise par un gynécologue-obstétricien qui pourrait vouloir le faire auprès de sa clientèle, de la même façon pour un médecin orthopédiste qui voudrait le faire auprès de sa clientèle. Si vous avez perçu de ce que j'ai exprimé...

Le Président (M. Merlini) : Dr Godin, merci. Le bloc d'échange est terminé avec le ministre.

M. Godin (Louis) : ...de poursuivre le commentaire plus tard...

Le Président (M. Merlini) : Je vais y aller avec, oui, M. le député de Mercier.

M. Khadir : Un bref commentaire. Je voudrais apprécier et vous féliciter pour la souplesse que vous avez démontrée parce que, bien que le ministre n'avait, au moment de commencer son intervention, que 30 secondes, voilà plus d'une minute qu'un échange très utile, qui est très apprécié par tout le monde, se déroule. Je vous demanderais simplement d'appliquer la même souplesse avec équité avec tout le monde.

Le Président (M. Merlini) : Tout à fait.

M. Khadir : Merci beaucoup.

M. Barrette : ...je pense que toute notre Assemblée a entendu le bip qui a sonné la fin de mes 14 min 30 s et je n'ai pas dépassé d'une minute, là.

M. Khadir : Non, mais moi, j'ai bien entendu...

Le Président (M. Merlini) : J'aime laisser la chance à nos invités de terminer leurs réponses, mais de tenter le plus possible de donner la chance à ceux qui présentent les mémoires, mais aussi de terminer vos questions quand vous l'avez...

M. Khadir : ...n'a pas toujours été appliqué à moi, en tout cas.

Le Président (M. Merlini) : Bien, tout à fait, vous avez utilisé votre bloc, comme il a utilisé son bloc à lui. Vous allez disposer du même temps que vous aviez eu tantôt. Mme la députée de l'opposition officielle, Mme la députée de Taillon, la parole est à vous, et vous avez 8 min 42 s.

• (16 h 10) •

Mme Lamarre : Je vous remercie, M. le Président, et je vais m'en contenter très correctement, 8 min 42 s.

Bonjour, Dr Godin, Dr Dion, Me Belzile. Très contente de voir votre mémoire et votre demande. Je pense que nous avons besoin d'actualiser nos pratiques au Québec, et il y a une résistance au recours aux nouvelles technologies, une résistance à une ouverture et à une meilleure efficacité. Je pense que personne ne conteste qu'on veut que ce soit le médecin de famille qui puisse suivre les femmes enceintes le plus possible. J'ai eu des situations, là, vraiment dans mon entourage, là, récemment, plusieurs situations où des femmes enceintes qui avaient un symptôme se sont retrouvées à l'urgence dans un hôpital à une heure, l'après-midi, on les a fait attendre jusqu'à sept heures, le soir, pour leur dire : C'est bien dommage, vous auriez eu besoin d'une échographie, mais ça fermait à cinq heures aujourd'hui, l'échographie, revenez demain.

Et là je pense qu'on est en train d'avoir besoin de gains d'efficacité, et ce que vous proposez, c'en est un. Je suis tout à fait — et les gens me connaissent comme ancienne présidente d'un ordre — totalement dédiée à la protection du public, mais je sais très bien aussi qu'un professionnel de la santé qui exerce à l'extérieur de ses compétences risque d'être sanctionné par son ordre et en subira les conséquences, souvent publiques. Alors, je me dis, actuellement, il y a un besoin pour ça, c'est ciblé. Je reprends l'expression parce qu'il y a plusieurs ordres qui, dans des activités particulières — donc, vous avez le terme échographie ciblée — ont des inspections ciblées. Et donc ces inspections ne demandent pas à ce que l'ensemble des membres d'un ordre aient la compétence, mais ceux qui prétendent l'avoir et qui veulent exercer ces activités-là sont soumis à une inspection ciblée. Alors, il y a une façon très simple de régler ça. Au moment de la cotisation à l'ordre ou au Collège des médecins, on demande : Est-ce que vous exercez cette activité de l'échographie ciblée? Et, périodiquement, on fait des inspections ciblées pour s'assurer que les gens ont les compétences. Est-ce que ça vous apparaît être un scénario acceptable pour vos membres?

M. Godin (Louis) : On est à l'aise avec cette situation-là. Dans les propos que l'on a tenus, d'abord je vais rapporter une précision, on ne parle pas que des médecins de famille, ça pourrait s'appliquer à n'importe quel autre médecin. Mais, une fois que tu peux te procurer et utiliser un appareil, il nous apparaît que ça appartient aux ordres professionnels de s'assurer que tu sais comment le faire puis que tu l'utilises correctement. Quant aux vérifications qui pourraient être faites par un ordre professionnel, ce que vous soulevez là m'apparaît quelque chose de tout à fait correct à partir de ce moment-là. Le but, ce n'est pas d'obtenir un droit d'utiliser un appareil et, après ça, de pouvoir l'utiliser à toutes sortes de sources sans qu'on ait vraiment les compétences pour le faire. Vous savez, on est très, très sensibles à la notion d'avoir les compétences de ce qu'on fait. La question de la sécurité, de la qualité des soins que l'on donne à nos patients est notre préoccupation principale à tous les jours.

Donc, cette mécanique-là, on est très à l'aise. Ce n'est pas un chèque en blanc sur l'utilisation, mais on ne veut pas se retrouver dans une mécanique administrative qui va être très lourde et qui va faire qu'ultimement je vais ne faire que retarder l'utilisation possible de ça. Il y a beaucoup de choses aujourd'hui qui sont disponibles, qui ne l'étaient pas auparavant, puis qui nous permettent d'améliorer les services à la clientèle puis de leur rendre la vie plus facile dans l'obtention de ces services-là. Éviter de faire deux, trois endroits pour réussir d'arriver à la fin de l'épisode de soins quand tu peux faire ça dans le bureau de ton médecin de famille, qu'il soit dans un cabinet, qu'il soit dans un CLSC ou une unité de médecine familiale, donc il faut viser ça. Et le but de notre intervention porte essentiellement là-dessus, soyons prudents pour ne pas créer de mécanismes ou de situations qui nous priveraient de ces opportunités-là. Et on le sait, qu'elles sont là, là. La technologie, elle est là, puis on le sait, qu'elle va se développer encore beaucoup plus vite. Les

appareils qui coûtaient des centaines de milliers de dollars vont voir leur prix dégringoler au cours des prochaines années, et on doit s'adapter à cette réalité-là et rendre les opportunités disponibles pour nos patients.

Mme Lamarre : Alors, sur le fond, vous comprenez que je vois très bien que ça fait partie de l'évolution normale de l'exercice de la médecine et que certains médecins peuvent très bien avoir... répondre à un besoin de la population, en fait. On ne se fait pas plaisir comme professionnels, là, on est là pour répondre à des besoins de la population. Et ça s'inscrit dans des besoins de la population dans plusieurs des exemples que vous nous avez donnés, des exemples qui relèvent vraiment de la médecine de famille, donc je pense que, ça, c'est positif.

La question qui tue : Ça coûte 30 000 \$, cet appareil, comment voyez-vous que ce serait financé?

M. Godin (Louis) : Bien, actuellement, je vous dirais, c'est un service qui est non assuré. Donc, lorsque les médecins ont à l'utiliser, ce sont des frais qui sont facturables au patient. Il leur en avise avec les avantages et les désavantages, et le patient a toujours le choix par rapport à ça. Si jamais il en devenait autrement, ça sera le choix du gouvernement.

Mme Lamarre : O.K. Donc, il n'y a pas de place dans les enveloppes actuelles pour inclure certains équipements de cette nature-là.

M. Godin (Louis) : Vous savez qu'actuellement on nous demande de faire des efforts, que l'on a accepté de faire, que l'on espère conclure bientôt, mais il n'y aurait pas de place supplémentaire pour l'échographie

Mme Lamarre : ...

Le Président (M. Merlini) : 2 min 26 s, Mme la députée.

Mme Lamarre : Mais je reviens aux inspections et au processus, il y a quand même quelque chose qui me préoccupe, puis on m'a posé la question récemment, le GMF, dans l'organisation des soins, à qui est-il imputable au niveau d'une déficience? Par exemple, quelqu'un qui voudrait se plaindre du fait que le nombre d'heures n'est pas celui qui devrait être, est-ce que le GMF, à ce moment-là, serait soumis à l'interprétation du CISSS ou du CIUSSS? Parce que ça ne relève pas du Collège des médecins, ça relève des ententes qui sont faites avec le ministère, et il m'apparaissait... Parce que je pense qu'à travers cette technologie-là il y a deux dimensions, la dimension compétence pour le faire, puis, ensuite, il y a la dimension calibration, validité du produit, là, de l'équipement, s'assurer que l'équipement reste bien adéquat, et là il y a des normes de certification, très souvent, qui doivent être... et qui ne relèvent pas toujours nécessairement, là, du Collège des médecins. De vérifier ces normes-là, ça peut relever davantage du CISSS ou du CIUSSS, mais le lien de supervision ou d'autorité entre le CISSS et le GMF m'apparaît moins précis.

M. Godin (Louis) : En fait, le lien d'autorité par rapport à l'aspect administratif ou fonctionnel en termes d'heures d'ouverture des GMF, ça relève d'un programme gouvernemental. Et, s'il y a des choses à relever là-dedans, bien, il y a les voies usuelles pour le faire. En passant, je vous dirais, maintenant les GMF respectent tous leur offre de services sur laquelle ils se sont engagés.

Mme Lamarre : Mais je vous dirais, c'était un exemple. Mais, en lien avec la technologie, là, par exemple, de l'échographie.

M. Godin (Louis) : Mais, pour ce qui est de la technologie, ça fait partie de l'activité professionnelle, et ça relève du Collège des médecins de s'assurer que qu'est-ce que le médecin utilise et comment il le fait, il le fait correctement. Pour le bénéfice des gens, ce n'est pas une technologie qui est très complexe à maintenir, à calibrer. On n'est pas dans des choses qui sont très, très difficiles à maintenir, bien au contraire, là, c'est des appareils dont la performance, une fois qu'elle est certifiée, elle est relativement stable, et il n'y a pas beaucoup de risques pour la population à l'intérieur de ça quant à l'utilisation et au maintien, là.

Le Président (M. Merlini) : Merci, Dr Godin. Merci, Mme la députée de Taillon. Maintenant, au deuxième groupe d'opposition, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, vous disposez de 5 min 48 s. La parole est à vous.

M. Picard : Merci. Merci, M. le Président. Dans un premier temps, je permettrais au Dr Dion de nous parler de la formation. Tantôt, vous avez essayé, là, puis ça n'a pas fonctionné. Moi, je suis bien intéressé à connaître la formation de nos jeunes médecins.

M. Dion (Sylvain) : Peut-être avant de parler des jeunes, l'échographie est déjà rentrée dans la pratique dans plusieurs milieux cliniques, que ce soit cabinet, ou CLSC, ou UMF. Et les médecins qui acquièrent ces équipements-là vont chercher de la formation, il y a des cours qui sont donnés, là, dans les universités pour aller chercher la formation pour utiliser ces outils-là.

Actuellement, pour ce qui est de l'échographie comme telle chez les étudiants, les étudiants, quand ils passent dans un stage d'urgence ont accès à un cours d'édu, qu'on appelle, qui, lui, est une échographie beaucoup plus, je dirais, encadrée parce que, bon, il faut que tu obtiennes quand même un permis pour pouvoir le pratiquer dans les salles d'urgence.

Pour ce qui est des autres étudiants, déjà — notamment, je regarde dans des stages de périnatalité — les résidents sont exposés à l'utilisation de l'échographie pour identifier le coeur foetal ou encore la position du bébé en fin de grossesse. Avant ça, on faisait ça avec nos mains, mais maintenant ça se fait avec l'échographie

Donc, il y a déjà un début qui est fait. Et, comme je disais tout à l'heure au ministre, dans nos curriculums on sait pertinemment que chacun des milieux de formation en médecine familiale va devoir exposer ses résidents à l'utilisation de cet outil-là. Ce qui fait qu'actuellement la majorité de nos milieux sont en processus d'obtenir des budgets pour pouvoir acquérir ces équipements-là puis pouvoir former des médecins dans leurs équipes, d'une part, parce qu'on n'a pas la science infuse là-dessus, et entraîner nos résidents, le cas échéant.

M. Picard : O.K. Actuellement, il y a des médecins qui ont l'appareil. Est-ce que vous avez un ordre de grandeur? C'est-u un sur 10, un sur 20?

M. Godin (Louis) : Je ne peux pas vous répondre à cette question-là de façon précise. Ce que je peux vous dire cependant, c'est que c'est quelque chose qui se développe de plus en plus. Ce qui était anecdotique, il y a quelques années, est devenu quelque chose de plus en plus courant. Les jeunes médecins qui terminent leur formation et, vous savez, qui voient ces nouvelles technologies là se les approprient beaucoup plus rapidement. D'abord, un, ils aiment plus ça, puis ça fait plus partie de leur environnement. Ils ont été élevés là-dedans, ces nouvelles technologies là, donc ils se les approprient beaucoup plus facilement. Donc, il est clair qu'on s'en va vers un développement rapide, et surtout à une vitesse qui va augmenter au cours des prochaines années. Ça ne sera plus dans l'anecdote, il y a de plus en plus de secteurs où on l'utilise. On l'utilise dans l'évaluation de certaines maladies, tout ce qui touche la médecine du sport, l'obstétrique, l'application de certains traitements. Il y a vraiment là quelque chose, là, qui va aller en augmentant, c'est clair.

• (16 h 20) •

M. Picard : O.K. Tout à l'heure, vous avez dit que l'appareil, ça joue entre 30 000 \$ et 40 000 \$, c'est ce que M. le ministre indiquait. Actuellement, c'est facturé combien pour un patient, là? Je comprends que c'est fait...

M. Godin (Louis) : Honnêtement, je ne peux pas vous le dire. Ce n'est pas un service qui est conventionné, donc, je veux dire, je n'ai pas de base tarifaire là-dessus. Je peux vous dire que j'ai rarement entendu de patient se plaindre que c'était disproportionné par rapport à ce qu'il avait comme service. Et, comme on le mentionnait, le patient, si on regarde sur... il a toujours le choix d'aller chercher ce service-là ailleurs. Mais, la très grande majorité du temps, les gens sont très heureux d'avoir le service et vont demander de l'avoir. C'est ça qui se passe sur place.

M. Picard : Oui, avec raison, parce que, les gens, ça évite d'aller voir un autre professionnel de la santé, tout simplement, là. Mais pensez-vous qu'avec le projet de loi actuel, avec l'obtention de permis, là, ça peut compromettre l'accessibilité à ce service-là?

M. Godin (Louis) : Bien, plus on se retrouve dans une mécanique qui est lourde et complexe, plus ça peut rebuter des gens à dire : Bien, je vais faire les efforts pour acquérir les compétences et je vais faire les investissements nécessaires pour le faire, c'est évident, là. D'avoir un directeur médical et obtenir un laboratoire d'imagerie médicale spécifique, parce que ce serait probablement là, pour pouvoir utiliser un échographe dans ton bureau, je ne suis pas sûr, demain matin, que je vais faire ce pas-là, là, et on va certainement ralentir et restreindre le développement puis l'utilisation de ça. Ça, c'est clair.

M. Picard : O.K. Merci. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député de Chutes-de-la-Chaudière. M. le député de Mercier, vous avez un bloc de trois minutes et une indulgence de la présidence. Allez-y.

M. Khadir : Très bien. Vous êtes bien aimable. D'abord, juste pour vous situer, notre formation... et moi en particulier, je suis très favorable à ce que des médecins généralistes et d'autres spécialistes, par exemple des internistes aux soins intensifs, des urgentologues, puissent pratiquer des échographies ciblées et étendre petit à petit aux autres indications, suivant leurs compétences. Le Dr Dion l'a mentionné, plusieurs universités offrent des cours maintenant d'appoint depuis, je pense, 2010 au moins. Donc, maintenant, il y a des centaines de jeunes médecins, et autres, qui ont été formés à ça.

J'ai une proposition pour le ministre et j'ai une information pour mes collègues. D'abord, il faut savoir qu'au Québec les deux premiers, en ordre de niveau de rémunération, spécialités au Québec, c'est les ophtalmologistes, aux environs de 600 000 \$, et ensuite les radiologues, aux environs de 500 000 \$ de revenu annuel moyen. C'est juste du secteur public. Ça, c'est en ne comptant pas ce que les radiologistes touchent comme rémunération en facturant des patients pour toute leur activité privée. D'accord? Donc, les radiologistes ne mourront pas de faim si le budget qui est déjà prévu pour ces échographies lorsqu'on réfère à eux soit alloué pour couvrir les frais de ces échographies, et on épargnera aux patients de devoir consulter d'abord un médecin, ensuite aller en radiologie, etc. Donc, et pour les patients ce sera moins cher. Pour le système, ça pourrait revenir à coût nul et même occasionner des économies. Et je pense que, pour ce qui est de la qualité des services, vraiment la protection de malades a le dos large, là, quand ça ne fait pas notre affaire, on ne fait rien, puis, tout d'un coup, on invoque ça quand on veut préserver des chasses gardées.

Maintenant, pouvez-vous vous engager à ce qu'on puisse mener cette bataille-là ensemble sans utiliser ça comme levier pour négocier les frais accessoires, messieurs de la Fédération des médecins omnipraticiens? Je vous le demande en toute franchise devant tout le monde.

M. Godin (Louis) : Bien, écoutez, on sait qu'il y a un enjeu actuellement du côté des frais accessoires, et certaines modifications qu'il y a eu. Nous avons pris un engagement par rapport à la couverture des frais qui touchaient la vasectomie et les petites chirurgies. Nous allons respecter nos engagements, comme il est de nos habitudes de les respecter. Quant à la possibilité d'élargir ce débat-là, je vous dirais qu'avant de m'engager aujourd'hui il faudrait regarder l'ampleur de ce que ça représenterait...

M. Khadir : Et, pour les échographies, je vous ai fait une proposition, on coupe dans l'enveloppe de la radiologie parce que vous allez décharger la radiologie de cette tâche qui... D'ailleurs, ils en ont déjà assez, là, et ça pourrait donc être à coût nul pour le système.

M. Godin (Louis) : Vous comprendrez que je ne porterai pas de jugement...

Le Président (M. Merlini) : ...Dr Godin, en 30 secondes.

M. Godin (Louis) : ...sur l'ampleur de la rémunération d'un groupe par rapport à un autre.

M. Khadir : Ah! j'ai pointé le ministre pas parce qu'il est radiologue, parce qu'il est ministre, et il peut faire ça.

M. Godin (Louis) : J'ai bien compris ça et je comprends également que ce n'est peut-être pas ici, aujourd'hui, le forum pour discuter de ça.

M. Khadir : Très bien, mais je vous aiderai si c'est nécessaire.

M. Godin (Louis) : Ça nous fera plaisir.

Le Président (M. Merlini) : Alors, merci pour cet échange avec le député de Mercier. Dr Godin, Dr Dion, M. Belzile, représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, merci de votre participation aux travaux de la commission.

Je suspends donc quelques instants et j'invite le Laboratoire de santé publique du Québec de l'Institut national de santé publique du Québec à prendre place. Nous suspendons quelques instants.

(Suspension de la séance à 16 h 26)

(Reprise à 16 h 31)

Le Président (M. Merlini) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît. Nous reprenons donc nos travaux, et je souhaite la bienvenue au Laboratoire de la santé publique du Québec de l'Institut national de santé publique du Québec. Bienvenue à la Commission de la santé et des services sociaux. Je vous invite à vous présenter. Vous disposez de 10 minutes pour faire votre exposé, et suivront ensuite les échanges avec les parlementaires. Bienvenue à la commission.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

M. Longtin (Jean) : Merci. Donc, M. le Président, M. le ministre, membres de la commission, je me présente : Jean Longtin, je suis médecin spécialiste en microbiologie-infectiologie et médecin-chef au Laboratoire de santé publique du Québec, le LSPQ, qui est intégré à l'intérieur de l'INSPQ, l'Institut national de santé publique. Je suis accompagné de Mme Micheline Fauvel, qui est notre directrice adjointe du laboratoire et responsable du secteur d'analyse de permis.

Donc, nous vous remercions de l'invitation de participer aux consultations particulières portant sur le projet de loi n° 118. Et, d'entrée de jeu, je tiens à vous dire que l'INSPQ croit fermement que ce projet de loi aura un impact bénéfique sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des usagers pour les services rendus dans les laboratoires hors établissement, c'est-à-dire privés.

L'INSPQ est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique. C'est un organisme expert qui a pour rôle de partager les connaissances scientifiques les plus à jour sur différents enjeux de santé publique pour éclairer les prises de position.

Le LSPQ est le laboratoire de référence en microbiologie et en santé publique et soutient les laboratoires du réseau. Il est aussi mandaté par le ministère pour l'élaboration de programmes de contrôle de qualité dans les disciplines de biologie médicale. En extension de ce rôle, le LSPQ a reçu en 1993 le mandat du ministère d'étudier les demandes de permis, de lui en recommander l'émission. En ce sens, nous avons une équipe multidisciplinaire qui documente, analyse, assure un suivi et, au besoin, demande des corrections. À titre indicatif, le LSPQ a traité, en 2016, 2 820 demandes de permis pour les cliniques radiologiques, médicales, dentaires, de chiropraxie et de podiatrie englobant plus de 8 800 appareils. En biologie médicale, ce sont 67 permis couvrant les différents domaines d'activité d'environ 40 laboratoires privés qui ont été délivrés.

Étant impliqués quotidiennement dans l'application de la loi en vigueur et de son règlement, nous saisissons l'invitation pour communiquer nos observations, partager les préoccupations et apporter quelques précisions au projet de loi à l'étude.

Donc, on va débiter par les deux ajouts notables du projet, qui ont été, d'ailleurs, soulevés par les intervenants précédents. La principale amélioration qui sera apportée par le projet de loi est l'obligation qui sera faite aux laboratoires de biologie médicale — sauf ceux de la recherche — et aux centres de physiologie respiratoire d'obtenir un agrément pour les services qu'ils dispensent.

Un agrément est la reconnaissance de la mise en place d'un programme de gestion de la qualité sanctionné par un organisme dûment reconnu. Ceci implique l'implantation et l'application de procédures pour assurer la qualité des activités effectuées, pour évaluer la compétence du personnel et pour identifier les indicateurs et, ainsi, mesurer les objectifs du programme.

Le projet de loi précise que tout laboratoire visé devra, dans un délai de trois ans à compter de la délivrance d'un premier permis, obtenir l'agrément des services qu'il dispense auprès d'un organisme d'agrément reconnu. À notre avis, l'obligation d'obtenir un agrément constitue un bénéfice net pour la qualité des services rendus aux patients, et ceci nous apparaît le changement le plus significatif au projet de loi n° 118.

Le second changement majeur apporté par le projet est au niveau de la portée de la loi, qui a été modifiée à plusieurs égards. Premièrement, la définition de «laboratoire de biologie médicale» a été élargie pour inclure les analyses de biologie délocalisées, aussi connues sous le terme ADBD. Les analyses délocalisées sont des analyses de biologie médicale effectuées à proximité de l'usager ou à l'endroit où il se trouve sur ordonnance médicale, par des professionnels de la santé habilités à le faire, et ce, à l'extérieur d'un laboratoire spécifiquement consacré à la biologie médicale. Par exemple, une analyse rapide de streptocoque faite en pharmacie sur un prélèvement pharyngé est une ADBD. Ce résultat peut conduire à une modification de la thérapie et doit être inscrit au dossier médical. En établissement, ces analyses sont sous la supervision du laboratoire concerné, qui doit en assurer la gestion complète en termes d'efficacité, de traçabilité et de sécurité.

Donc, nous nous interrogeons, donc, sur le cadre légal et réglementaire pour superviser ces ADBD qui sont actuellement faites dans des cliniques médicales, des GMF et, comme on le dit, certaines pharmacies. Des précisions réglementaires seront certainement à prévoir et est-ce qu'il y aura des exceptions à l'application de cette mesure comme, par exemple, les techniques d'automesure. Ceci dit, cette extension de la définition nous apparaît comme un levier supplémentaire pour encadrer la qualité de ces analyses faites hors laboratoire.

La seconde modification de portée concerne l'ajout de l'échographie à la définition de l'imagerie médicale. Comme on a entendu tantôt, une belle définition d'«échographie» regroupe l'échographie à fin diagnostique et l'échographie ciblée. Donc, dans son terme le plus large, des procédures comme les Doppler, les fibroscans, des BladderScan ou cystométries seraient maintenant incluses à l'intérieur de la loi. Dans un autre sens, un cabinet médical qui fait des suivis de grossesse, comme on l'a souligné précédemment, deviendrait aussi un laboratoire d'imagerie au sens de la loi. Ce changement de portée de loi est venu positivement, en ce sens qu'il étendra les obligations de qualité actuellement attendues pour les autres champs d'imagerie médicale au champ de l'échographie.

La troisième modification de portée au projet de loi est que la génétique est maintenant incluse à la définition de «laboratoire de biologie médicale». Cet ajout est bienvenu et clarifiera grandement les interventions du mandataire, en l'occurrence le LSPQ.

Enfin, la quatrième modification de portée est l'inclusion des analyses effectuées à des fins de recherche ou de développement, et ceci est aussi vu positivement.

Finalement, nous aimerions vous suggérer cinq éléments à considérer pour bonifier le projet de loi.

Premièrement, il nous semblerait utile de prévoir un permis provisoire lorsqu'un nouveau laboratoire de biologie médicale entre en fonction avant d'accorder un permis d'opération non restrictif, notamment en termes d'agrément.

Deuxièmement, nous aimerions que soient éclaircis certains problèmes liés à la sous-traitance, qui est un phénomène émergent, notamment pour les laboratoires étrangers qui sous-traitent pour des analyses prélevées au Québec ou, vice versa, les laboratoires québécois qui sont les sous-traitants de laboratoires hors juridiction.

Troisièmement, nous aimerions porter à votre attention que l'évolution rapide des technologies demande un ajustement constant des normes. Or, le projet de loi précise que c'est par règlement que le gouvernement a pu prescrire ces normes, et nous désirons nous assurer que ces mises à jour se feront aisément et en temps opportun.

La quatrième suggestion vise à s'assurer que le mécanisme de versement des résultats au Dossier santé Québec, le DSQ, suivra l'élargissement de la portée de la loi.

Et finalement, concernant l'article 34, qui stipule qu'il est interdit au titulaire d'un permis de donner à quiconque directement ou indirectement des primes, cadeaux, échantillons ou ristournes destinés à attirer la clientèle, nous aimerions qu'il y ait un mécanisme d'obligation de transmission de ces infractions déontologiques au mandataire afin qu'il puisse appliquer l'article.

Donc, en conclusion, ce projet de loi met en place des objectifs qui vont améliorer la qualité et la sécurité des services offerts aux citoyens. Nous soutenons, premièrement, l'obligation de posséder un agrément pour les laboratoires de biologie et d'imagerie médicale, car c'est un formidable outil pour améliorer la qualité des services. Deuxièmement, nous soulignons que la portée est modifiée substantiellement en incluant les analyses de biologie délocalisées et l'échographie. Et, troisièmement, l'élaboration du règlement en découlant sera d'une importance capitale, à nos yeux, afin de fournir les assises permettant son application et l'atteinte des objectifs. Des orientations ministérielles précises pourront ainsi soutenir une gestion efficace des demandes de permis.

Ainsi, M. le Président, nous espérons que les préoccupations soulevées et les recommandations que nous formulons permettront d'alimenter la réflexion de la commission quant au projet de loi à l'étude. Donc, on est maintenant prêts à répondre à vos questions.

• (16 h 40) •

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Dr Longtin, pour votre exposé. Nous allons débiter la période des échanges avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. Vous disposez d'un bloc de 16 minutes. À vous la parole, M. le ministre.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, Dr Longtin, Mme Fauvel, merci de vous présenter aujourd'hui et de venir nous entretenir de vos commentaires sur le projet de loi, qui sont certainement extrêmement pertinents, compte tenu de votre expertise et de votre mandat à l'INSPQ. C'est ce que vous faites dans la vie, ce genre de choses là, de recommandations, c'est votre univers. Alors, c'est extrêmement important de recevoir vos commentaires.

Je vais essayer de circonscrire l'ensemble de vos commentaires dans le 16 minutes — maintenant, 15 — qui m'est imparti parce que vous avez touché plusieurs éléments de façon très spécifique et de façon très pertinente.

Je vais commencer simplement par informer ceux qui nous écoutent et les collègues qui n'ont peut-être pas... Surtout notre collègue de Mercier, que j'informe, là, il n'a pas compris la portée des commentaires sur l'échographie ciblée. La question ici n'est pas de protéger le territoire de l'un ou de l'autre, vous l'avez bien dit vous-même, parce que, d'entrée de jeu, vous avez reconnu, je pense, l'importance d'avoir un contrôle de qualité, là. Et ça vaut pour ce type d'échographie là, qui, sans aucun doute, non seulement va se développer, mais doit se développer, mais encore faut-il que ça se développe dans un encadrement qui, lui, en soit un qui protège le public. L'objet de ce projet de loi là, à la case départ et à la case d'arrivée, c'est la protection du public, ce n'est pas la protection territoriale de l'un ou de l'autre, là. On peut faire des débats sur le financement public, une spécialité... ce n'est pas ça. L'objet du projet de loi, là, pour le bénéfice de tout le monde, c'est la protection du public, point à la ligne. Parce que vous êtes certainement à même que moi de savoir le monde — et je vais utiliser un anglicisme, là — le «free-for-all», la liberté absolue, ne garantit pas toujours la qualité. On peut dire ça comme ça sans exagérer.

Alors, ce commentaire-là étant en fait, je vais y aller par... Je vais revenir sur l'échographie un peu plus tard parce que c'est intéressant, mais il y a d'autres éléments que je ne veux pas oublier parce qu'ils sont plus techniques. Et je vais commencer par un des éléments que j'ai évoqués, si vous étiez là à ce moment-là, avec le Collège des médecins. Vous, s'il y a quelqu'un dans ceux qui viendront ici faire leurs commentaires... s'il y a une organisation qui a une grande expérience dans les deux domaines, que ce soit clinique et la recherche académique des laboratoires universitaires, c'est probablement plus vous autres. Alors, les laboratoires, pour vous, là, est-ce qu'ils doivent être inclus ou non dans ce projet de loi là? Je parle du côté académique, je parle du côté universitaire. On a entendu ce matin, puis ce n'est pas une critique, c'est leur opinion, c'est correct, c'est à ça que ça sert, c'est un endroit de débat, ici, le salon rouge, là... Alors, est-ce que vous, vous considérez aussi ici qu'un laboratoire à l'université, pour les examens dont on parle, doit être inclus dans l'application de la loi ou non?

M. Longtin (Jean) : Effectivement, c'est une question excessivement pertinente. D'entrée de jeu, le domaine de la recherche, comme vous le savez très bien, est un domaine qui est quand même passablement encadré à différents niveaux. Des groupes de recherche qui font de la recherche, exemple, pharmaceutique sont déjà encadrés par des normes comme, exemple, les GLP, etc., qui sont excessivement strictes. Au niveau de la pratique médicale, les projets de recherche doivent passer par un comité d'éthique qui est extensif en termes de réglementation, de contraintes, de limitations. Donc, il y a déjà quand même un cadre réglementaire, à mon avis, assez important de ce côté-là.

Deuxièmement, à notre compréhension, les laboratoires qui seraient à l'intérieur d'un établissement... Comme un centre de recherche universitaire affilié à un hôpital, est-ce qu'il ferait partie de la loi? Vu que c'est un établissement qui est public, donc il viendrait un peu sous la coupe des règles associées aux établissements. Donc, il resterait une petite fenêtre qui sont des laboratoires non associés à un établissement public, qui font une recherche qui n'est pas encadrée par d'autres lois ou règlements, qui passeraient, entre guillemets, entre les craques du projet. Je n'en vois pas beaucoup. À mon avis, même, on n'en voit pas vraiment, d'autant plus que le projet de loi ne stipule pas que le laboratoire de recherche n'aura pas de permis, n'aura pas besoin d'agrément. Donc, l'agrément est quand même un niveau un peu différent. Donc, dans le contexte ou un laboratoire de recherche opère vraiment dans un cadre assez restreint, la façon que c'est formulé dans le projet de loi, nous, ça nous apparaît tout à fait acceptable.

M. Barrette : O.K. Donc, de la façon dont on le présente, ça vous apparaît raisonnable sur le plan de sa portée et de sa finalité, là?

M. Longtin (Jean) : Oui.

M. Barrette : O.K. Vous m'avez intrigué, puis je vais vous avouer que je ne pense pas avoir saisi toute la portée de votre propos quand vous avez parlé des laboratoires étrangers. Pourriez-vous élaborer un peu plus? J'ai expérimenté ça, moi, dans le passé. J'en ai vu, de ce genre de choses là. Ça peut poser un problème parce qu'on n'a pas de portée juridique sur l'exécution d'un test ou d'une analyse ou même l'interprétation de certains résultats quand c'est envoyé à l'extérieur. Comment vous voyez ça plus précisément, là, pragmatiquement? Et avez-vous des suggestions plus précises à nous formuler à cet égard-là?

M. Longtin (Jean) : Effectivement, la problématique des laboratoires étrangers est une problématique qui est multifacettée. D'entrée de jeu, le laboratoire étranger peut opérer sans avoir, comme on a dit cet après-midi... peut annoncer directement ses services via, mettons, les canaux qu'on connaît maintenant, avec Internet, tout ça, et un patient pourrait envoyer un échantillon qu'il s'est prélevé, buccal, directement au laboratoire, et on ne le saura pas. Donc, ça, c'est une partie qui sera très, très difficile à encadrer.

Par contre, certains organismes peuvent se présenter ici, au Québec, comme étant un laboratoire, mais sans offrir d'analyses locales et effectuer tout leur secteur analytique à l'étranger. Et là ça devient une problématique, premièrement, au niveau de l'obligation d'avoir une prescription médicale pour effectuer le test et, deuxièmement, de l'obligation d'avoir

un permis, vu qu'ils n'ont pas d'activités analytiques faites sur place. Donc, il y a une espèce de «loophole», si on ne passe l'anglicisme, actuellement dont certains peuvent tenter de se prévaloir.

Le troisième point — et puis vous en avez fait mention en ouverture — c'est que la plupart de ces analyses-là sont souvent faites dans le cadre d'une demande de génétique. Or, la génétique, vous l'encadrez dans le projet de loi en la définissant comme étant un domaine d'opération en bonne et due forme aux yeux de la loi, et ça risque de donner peut-être plus de mordant aux interventions pour, justement, obliger les organismes qui se présentent comme étant un laboratoire, mais sans frais d'analyse de laboratoire en génétique... pour les obliger à, bien, obtempérer aux demandes d'agrément, de permis, donc aux autres règles associées à la loi. Donc, la façon que le projet de loi est formulé, en définissant la génétique comme étant un domaine d'application, probablement, va nous aider à répondre à ce problème... à cette problématique de sous-traitance envers des laboratoires étrangers.

À l'inverse, par contre, certains laboratoires au Québec peuvent être des laboratoires sous-traitants pour une organisation étrangère. Alors, c'est le commerce. Donc, on peut faire les analyses ici, des fois, à un meilleur coût et être le sous-traitant d'une autre juridiction. Et ça aussi, ça soulève des questions d'un point de vue réglementaire parce que, comme vous l'avez dit, pour faire une analyse, on a besoin d'une ordonnance, une prescription médicale. Or, quand l'analyse a été faite, prélevée dans un autre pays, dans une autre juridiction où les règles sont différentes, qui peut avoir ou non une ordonnance, et que l'analyse est faite ici, au Québec, ça met le laboratoire québécois dans une drôle de position parce qu'ils font une analyse pour une autre juridiction, mais sans avoir nécessairement la prescription médicale sous les yeux, comme on dit. Donc, cette problématique-là, probablement, devrait faire l'objet, probablement, à l'intérieur du règlement de considérations pour éclaircir leur rôle et, surtout, obligation en regard de l'obligation d'avoir une prescription médicale.

M. Barrette : Très intéressante, la conversation que l'on a parce que ça m'amène à un autre niveau qui s'approche de votre juridiction à vous, qui est le suivant. Puis je vais reprendre l'exemple que vous venez de donner, c'est vrai qu'en génétique — et c'est très vrai en génétique — que c'est un monde en constante évolution, d'une part, qui est très dépendant de la performance en recherche et qui fait que les joueurs capables de donner de la qualité ne sont pas toujours capables de donner la qualité dans tout. Ils sont capables de donner la qualité dans tout ce qu'ils font, mais ils ne peuvent pas tout faire. C'est comme ça qu'il faut le dire. Alors, il y a des tests génétiques qu'on fait que d'autres ne font pas parce que c'est très fin, très précis — là, vous savez tout ça, je le dis surtout pour les collègues — et, inversement, il y a des gens à l'extérieur du Québec ou du Canada et/ou encore d'Amérique du Nord qui développent des tests qui sont très fins, très précis, qu'on ne fait pas, puis là, à un moment donné, il y a, veux veux pas, du réseautage qui doit se faire dans le monde, en général, occidental performant de ce... pas par opposition à quoi que ce soit, là, mais c'est là que ça se passe, et là on présume que tout le monde fait bien ses choses parce qu'on n'a pas de juridiction. Bon.

Nous, on a cette responsabilité-là aussi. Puis là oublions un petit peu l'international, parce que ça s'applique là, on postule que les autres font la même affaire, et là j'arrive à nous, au Québec. Est-ce que, dans nos lois actuelles et nos réglementations, on a vraiment la capacité de déterminer que la qualité est produite, que l'équipement est de bonne qualité, que les procédures sont bien suivies, que les tests sont... Est-ce qu'on a vraiment la capacité d'aller chercher cette information-là? Autrement dit, nos réglementations, le pouvoir que vous avez, est-ce que vous aimeriez que ça soit plus renforcé, par exemple, plus spécifique, plus précis?

M. Longtin (Jean) : Question très technique. Je pense, Mme Fauvel...
• (16 h 50) •

Mme Fauvel (Micheline) : Oui. Mais je pense que c'est l'agrément qui est l'outil qui nous donne le plus grand espoir à ce sujet, de voir la qualité s'améliorer, parce qu'ici on parle d'un laboratoire de biologie médicale, on va probablement vouloir définir puis on va attendre les précisions réglementaires à ce sujet. Mais il y a une norme qui a été développée pour les laboratoires de biologie médicale, qui est la norme ISO 15 189, et c'est un programme d'agrément qui va faire en sorte qu'on va aller voir que le laboratoire a développé ses procédures, qu'il les implante, qu'il fait les contrôles qui sont adéquats selon les procédures qu'il établit, qu'il documente ce qu'il fait, qu'il fait le suivi de ses non-conformités, qu'il examine la compétence du personnel qui travaille dans le laboratoire et qu'il examine la formation continue qui est donnée au personnel aussi. Donc, je pense qu'à ce jour c'est un des outils les plus performants que l'on a pour fournir un outil aux laboratoires pour améliorer leur qualité parce que les différentes étapes d'un programme de gestion de la qualité sont bien définies.

M. Barrette : Alors, ça permet de boucler la boucle de la conversation qu'on a eue avec le groupe précédent et d'autres. Ça fonctionne bien, je trouve, ce que vous dites quand on est dans une technique pure, une chaîne analytique. Ça marche bien dans une chaîne analytique, c'est mécanique, ça se mesure, et ainsi de suite. Pas toujours parfaitement, là, mais ça s'applique bien dans ce secteur-là. Dr Longtin, vous faisiez référence, vous avez pris comme exemple dans votre présentation, le cas d'un test microbiologique, là, qu'on fait dans un GMF, là, peu importe le nom du test, et vous avez fait référence à la nécessité de porter au DSQ le résultat.

Dans le fond, quand vous nous dites ça, c'est qu'il y a quand même pour certains examens à qui on donne un agrément ou un permis... il y a un certain flou en termes de substrat que l'on peut analyser. Puis là je fais la boucle avec l'échographie, dont j'ai parlé avec le Dr Godin, le président de la Fédération des médecins omnipraticiens, quand on arrive à donner un permis ou ne pas donner de permis à l'échographie, c'est aussi comme le test biologique auquel vous avez référence, puis je vous demande votre opinion, là... Moi, je fais le parallèle, puis la question que je vous pose : Est-ce que le parallèle, vous le considérez comme étant justifié? Si on a à faire l'analyse de cette chaîne-là, qui est de l'analyse anatomique avec un appareil d'échographie, bien, il y a des éléments cardinaux sur lesquels on doit s'appuyer

pour être certain que la qualité est là, et il me semble qu'il y a de la formation. Mme Fauvel, vous avez parlé des technologues, ça doit valoir pour les médecins, puisqu'il n'y a pas de technologues dans ce cas-là. Mais ça doit valoir aussi pour la qualité de l'équipement, la machine, et ça doit valoir aussi pour le document démontrant la chose sur laquelle on tire une conclusion. Est-ce que vous êtes d'accord avec ça si vous me dites que...

Quand vous avez parlé du test de microbiologie, là, dans les GMF, j'ai senti dans votre propos qu'il y avait là, une certaine... pas inquiétude, ce n'est pas le bon mot, là, mais qu'il y avait une réserve. Il fallait avoir l'assurance, là, qu'on ait un bon test — et puis là je sais un peu ce dont vous allez parler — mais aussi colliger le résultat. Ne trouvez-vous pas que cette réserve-là devrait s'appliquer aussi — le parallèle est presque parfait — avec l'échographie non pas pour empêcher d'en faire, mais pour s'assurer que la qualité est au rendez-vous?

M. Longtin (Jean) : Définitivement, je pense que le fil conducteur, c'est la qualité du service. Que ce soit une imagerie ou un test de laboratoire, dans les deux cas, s'il y a un diagnostic qui est posé puis une modification de la conduite clinique qui suit le résultat du test, en quelque part ce test-là devient un test critique dans la prise en charge d'un patient et ce test-là, qu'il soit imagerie ou biologie médicale, doit être encadré en termes de normes de qualité, de traçabilité, d'efficacité. C'est certain que, dans le domaine... autant, probablement, en imagerie qu'en biologie médicale, il y a un spectre de complexité qui va d'analyses excessivement simples à des analyses assez complexes. Donc, il y a quand même une adéquation à faire entre le niveau d'encadrement nécessaire et la complexité, mais à la base, si c'est un test sur lequel il y a une conduite qui est décidée par le médecin, à mon avis c'est un endroit qui doit être contrôlé par un mécanisme de qualité.

M. Barrette : Parce que vous avez dit, je pense, des mots clés, je pense que c'est la première fois qu'on les entend aujourd'hui. «Traçabilité», c'est un mot clé qui vient avec «rétroaction», évidemment, pour le contrôle de la qualité, et ainsi de suite. Moi, je reçois ça très favorablement.

Il me reste peu de temps, et je vais revenir un peu en arrière. Puis là c'est purement technique, O.K., c'est purement technique, ça, c'est vraiment pas mal plus votre monde que le mien, est-ce qu'à votre connaissance, là, dans le monde des tests génétiques... On sait, là, qu'actuellement il y a bien du monde qui veut faire un commerce avec des séquenceurs, et ainsi de suite, là. Est-ce que, de votre avis, là, il est nécessaire d'encadrer ça parce qu'il y a une variabilité technique inévitable, parce que c'est une machine qui doit être «tunée», là, différemment, là, d'un milieu à l'autre? Ça, là, c'est-à-dire un élément qui est très important selon vous?

M. Longtin (Jean) : Définitivement. Quand on arrive dans le monde de la génomique, l'interprétation devient excessivement difficile parce que, si on fait le parallèle, mettons, avec des tests de biochimie, on dose le sodium, la natrémie est basse, est haute, puis ça s'arrête là. Quand on arrive dans la génomique, on peut séquencer 1 million, 2 millions de paires de bases, puis, là-dedans, bien, techniquement, ça peut varier un peu à gauche, à droite. Donc, l'interprétation finale a beaucoup plus de nuance que dans d'autres tests plus classiques en biologie médicale. Donc, à mon avis, la génétique, la génomique doit être encadrée. De plus, ce sont des analyses qui ont un impact énorme sur le devenir d'un patient. On en a parlé ce matin, la prédisposition à un cancer, ce n'est pas banal comme diagnostic émis en termes de stress, en termes d'assurabilité, bon, au niveau du patient. Donc, ce sont des tests qui ont, à mon avis, un impact majeur en termes de complexité, en termes d'implication, et ils doivent absolument être encadrés. Et, dans le projet de loi, en incluant la génétique comme étant un domaine d'opération, je pense que vous allez tout à fait dans la voie.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Dr Longtin. Merci beaucoup. Ça met fin à l'échange avec le ministre. Mme la députée de Taillon, vous disposez de 9 min 36 s. À vous la parole pour votre échange.

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Alors, Dr Longtin, Mme Fauvel, merci et bienvenue. Merci d'être ici. Moi, je veux vérifier un peu la somme de travail qui risque de vous incomber, on la sent un peu entre les lignes. Le fait que ce projet de loi là soit approuvé, vous parlez, là, de plusieurs milliers, 2 800 permis que vous évaluez à chaque année, ça risque d'augmenter le nombre de permis ou d'augmenter, en tout cas, le temps nécessaire à l'évaluation de chaque dossier. Est-ce que vous avez apprécié, à peu près, de quelle façon ça augmenterait votre charge de travail?

Mme Fauvel (Micheline) : C'est une excellente question parce qu'évidemment l'augmentation de la portée, avec les analyses qui ont été ciblées, va augmenter la charge de travail si, au bout du compte, c'est le projet de loi qui est accepté dans sa forme actuelle. Par contre, d'un autre côté, le fait d'obliger l'agrément va nous simplifier un peu la vie à l'intérieur parce que l'agrément va aller chercher des détails, des informations qu'on doit actuellement aller chercher d'un autre côté. Donc, au final, la charge totale de travail va devoir être réévaluée à la lumière, probablement, aussi du règlement pour voir le niveau de détail qui est demandé exactement au niveau des permis. Mais on n'a pas été capables encore de quantifier avec exactitude qu'est-ce que ça va nécessiter en termes de ressources pour s'acquitter du mandat.

Mme Lamarre : Et l'organisme, actuellement, qui procède à l'agrément — parce qu'il y a quand même un agrément — c'est Agrément Canada? Il y a agrément Québec? Quel est l'organisme qui en fait? Et, si c'est Agrément Canada, est-ce que ce sont les mêmes paramètres? Parce que, là, on a une loi québécoise, alors comment s'assurer qu'Agrément Canada va couvrir? Est-ce qu'on devrait confier ça à agrément Québec?

M. Longtin (Jean) : Je laisserais Mme Fauvel répondre.

Mme Fauvel (Micheline) : Bien, dans les laboratoires d'imagerie médicale hors établissement, à l'heure actuelle, dans les cliniques radiologiques médicales, il y a un agrément qui est demandé, et c'est Agrément Canada qui a développé un programme pour ces laboratoires-là. Le Conseil québécois d'agrément puis Agrément Canada offrent un agrément pour les cliniques dentaires, mais, à notre connaissance, c'est sur une base volontaire à l'heure actuelle. Donc, quel est le pourcentage des cliniques dentaires qui y participent? C'est une donnée qui nous est inconnue présentement. Et, pour ce qui est des chiropraticiens puis des podiatres, à notre connaissance, il n'y en a pas, de programme, ni chez Agrément Canada ni avec le Conseil québécois d'agrément. Donc, si ça devient une obligation, il va falloir trouver la solution pour combler cela. Dans les laboratoires de biologie médicale, il y a une norme qui a été développée spécifiquement pour les laboratoires, c'est la norme ISO 15189.

• (17 heures) •

Mme Lamarre : D'accord. Donc, il y a quand même encore pas mal de travail à faire, puisque le processus d'agrément n'est pas déjà existant, là, dans un bon nombre de ce qu'on prévoit faire. Vous dites l'approbation, la mise à jour de normes, un mécanisme d'approbation, des mises à jour de normes. Dans le projet de loi, on prévoit des visites d'inspection, une validation du permis avec des années différentes, deux ans, dans certains cas, et est-ce que vous trouvez que c'est correct? Est-ce que vous pensez que, dans certains cas, ça pourrait être plus long, ça devrait être plus court? Quels sont les critères pour lesquels... Parce qu'il y a deux normes différentes, là, deux critères de durée différents.

Mme Fauvel (Micheline) : Il y a certaines informations qui sont quand même requises à toutes les années. À l'heure actuelle, sauf pour les cliniques d'imagerie médicale, les permis sont émis pour une année seulement, et donc il y a une collecte d'information auprès des laboratoires qui est faite à chaque année. Qui est toujours le titulaire du permis? Qui travaille? Est-ce que les gens qui y travaillent sont membres d'un ordre professionnel? Est-ce qu'il y a des équipements qui ont changé? Si oui, quels sont-ils? Donc, il y a une collecte de mise à jour qui sera peut-être différente de ce que l'agrément obligatoire, lui, va demander, où ce sont des professionnels qui vont sur place et qui vérifient qu'est-ce qui a été instauré.

Et puis, souvent, les agréments, les visites sont aux deux ou trois ans. Donc, si on veut maintenir toujours une mise à jour un petit peu plus fréquente de certaines données, le permis annuel me semble adéquat, mais je pense qu'on peut considérer aussi l'étendre un peu. Mais il faut y mettre une limite pour être capable d'avoir une mise à jour d'informations pertinentes.

Mme Lamarre : Parce qu'il y a des secteurs qui peuvent évoluer plus vite aussi. J'imagine, en génomique, ça peut évoluer beaucoup plus vite, alors...

Mme Fauvel (Micheline) : Oui, aussi.

Mme Lamarre : Dites-moi, dans vos fonctions, là, quand vous émettez un permis, est-ce que ça vous arrive d'avoir à visiter le milieu avant d'émettre le permis ou si c'est...

Mme Fauvel (Micheline) : Dans les laboratoires de biologie médicale, en fait, on n'émet pas le permis, c'est M. le ministre qui émet le permis. Mais on fait l'étude du dossier pour lui, pour lui recommander ou non l'émission du permis. Mais on fait une visite dans les laboratoires de biologie médicale pour constater sur place certains des points, ce que les agréments vont faire peut-être de manière plus détaillée, c'est-à-dire est-ce qu'il y a des procédures sur place, quels sont les employés, quels sont les équipements sur place. Oui, on le fait pour les laboratoires de biologie médicale.

Mme Lamarre : Seulement. Donc, pas les laboratoires...

Mme Fauvel (Micheline) : En imagerie médicale, on nous envoie l'information, puis on saisit dans des banques de données le détail de tous les équipements qui sont là. Et il y a une vérification aussi que les membres qui y pratiquent sont bien membres de leur ordre professionnel.

Mme Lamarre : Dans les organismes qui sont venus nous rencontrer ou dans les personnes... il y a des gens qui ont des formations très pointues, un Ph. D. en biochimie, par exemple, en génétique. Ces gens-là font du développement, ont des contrats à l'extérieur du Québec — vous en avez fait mention tantôt — font des évaluations ou de la recherche. Est-ce que vous considérez que, dans le contexte du projet de loi, cette recherche par des biochimistes serait exclue?

Mme Fauvel (Micheline) : Je peux commencer à aborder une première partie de la réponse. Ce que l'on voit dans le secteur privé, qui est hors établissement puis hors du domaine académique, à l'heure actuelle, ce sont des laboratoires qui, souvent, ont des contrats pour des organisations qui font de la recherche, et ils vont recevoir les spécimens pour faire certaines analyses. Ce sont des laboratoires qui sont allés chercher souvent leur agrément puis qui répondent à des normes assez strictes de contrôle de qualité, mais qui reçoivent des spécimens déjà prélevés. Donc, ils travaillent pour des organisations ou des laboratoires de recherche qui, eux, ont déjà obtenu les accords, l'approbation de comités d'éthique pour faire leurs recherches. Alors, ce qu'on voit présentement, c'est plus ça, des laboratoires qui ont des contrats pour faire la portion analytique de spécimens déjà prélevés chez des patients.

Mme Lamarre : D'accord. Mais est-ce que vous considérez qu'ils seraient inclus dans ce projet de loi et, à ce moment-là, qu'ils devraient avoir un directeur, médical ou non, là, selon ce qu'on verra dans les règlements?

Mme Fauvel (Micheline) : Bien, à l'heure actuelle, il n'y a pas seulement des médecins qui peuvent être directeurs de laboratoire, entre autres d'un laboratoire de biochimie ou d'un laboratoire de microbiologie. Donc, on attend pour voir le détail des règlements qui découleront de ce nouveau projet de loi pour voir s'il y aura cette même ouverture, mais, oui, il y a des biochimistes cliniques qui sont directeurs de laboratoire, et qui ont des compétences pour superviser les portions analytiques des analyses qu'ils font sur place, et qui émettent aux autorités médicales, qui retournent aux autorités médicales les résultats des analyses effectuées.

Mme Lamarre : Et, d'après vous, en général... est-ce que vous faites des évaluations de... est-ce que vous émettez certains permis pour ces gens-là?

Mme Fauvel (Micheline) : Oui. À l'heure actuelle, ceux dont on a connaissance, oui, parce que, dans certains cas... Et je ne sais pas si c'est encore la situation aujourd'hui, mais, dans certains cas, il y avait des patients qui pouvaient se présenter pour certains prélèvements, et donc on voulait s'assurer que le prélèvement retournait toujours à un médecin responsable.

Mme Lamarre : ...le niveau de conformité, normalement, est approprié dans les permis que vous analysez?

Mme Fauvel (Micheline) : À notre connaissance, oui.

Mme Lamarre : D'accord. Si vous aviez à estimer, à peu près, combien ça prendrait de plus en ressources humaines et peut-être financières pour assurer la gestion des nombreux permis supplémentaires...

Mme Fauvel (Micheline) : C'est difficile dans la mesure où on ne sait pas si les échographies puis les analyses délocalisées feront partie de la portée de la loi et de son règlement.

Mme Lamarre : Mais mettons qu'on les prend comme elles sont là actuellement, là, on a vu tantôt, là, les échographies, ce serait plus difficile, peut-être, dans les cabinets privés selon le ministre.

M. Longtin (Jean) : C'est excessivement difficile, à mon avis, à mesurer, ne serait-ce parce qu'on ne connaît pas l'ampleur. On l'a vu tantôt, les représentants n'étaient pas capables eux-mêmes de nommer combien il y avait de leurs membres qui avaient ces technologies-là, pareil pour les ADBD, quelle est l'étendue actuelle, au niveau provincial, du déploiement de ces analyses-là. Donc, on aurait besoin d'avoir un peu de chiffres de la part des différents ordres concernés pour être capables d'estimer un peu plus le nombre de permis que ça va représenter.

Le Président (M. Merlini) : Merci. Ça met fin à ce bloc d'échange avec l'opposition officielle. Maintenant, avec le deuxième groupe d'opposition, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, vous disposez de sept minutes.

M. Picard : Merci. Première question, tout simplement, il y a combien de personnes qui travaillent dans votre organisme? Juste pour un ordre d'idées, je ne vous connais pas le...

M. Longtin (Jean) : Au niveau uniquement du secteur d'émission des permis, on a actuellement...

Mme Fauvel (Micheline) : De cinq à sept personnes, et puis qui sont là sur une base plus régulière. Mais on fait appel à des spécialistes, que ce soient des physiciens ou des spécialistes en biologie médicale, pour faire des visites. Donc, ils sont là à temps partiel et/ou pour examiner certains des rapports de vérification, d'installation radiologique que l'on reçoit.

M. Picard : O.K. Merci. Dans votre conclusion, vous dites: «Par ailleurs, compte tenu des avancées technologiques rapides, l'institut considère qu'il est important de prévoir un mécanisme d'approbation des mises à jour des normes autrement que par un processus de modification réglementaire.» Quel est ce processus-là? Quand vous dites «autrement que par», qu'est-ce que vous avez en tête lorsque...

Mme Fauvel (Micheline) : Oui. Bien, on réalise que le processus réglementaire est moins long que faire approuver une loi, mais la technologie change tellement rapidement... Il y a des normes pour être capable de mesurer la performance d'un équipement radiologique, par exemple, et ces normes-là, ces exigences-là peuvent devenir rapidement dépassées. Et donc on pense que, s'il y avait un comité d'experts qui était capable d'établir de nouvelles normes et de faire approuver par le gouvernement par la suite, ça pourrait, dans certaines circonstances, se faire, s'ajuster plus facilement et peut-être plus rapidement que d'attendre un règlement, une modification réglementaire.

M. Picard : Je ne vous cacherais pas qu'un bon nombre de députés, on est sensibles aux pouvoirs réglementaires, là. Parce qu'on n'a pas grand-chose à dire sur les règlements, là, même s'il y a un processus de consultation, là, mais ce n'est pas la même dynamique. Mais, si vous parlez d'un comité de spécialistes, pourquoi ça prendrait l'approbation du gouvernement? Parce qu'au gouvernement il y a de très bonnes personnes, mais ce n'est pas tous des spécialistes, là.
• (17 h 10) •

Mme Fauvel (Micheline) : Parce qu'une difficulté qu'on peut rencontrer, c'est que, si on demande que des choses soient faites différemment, les gens vont dire : Bien, de quel droit? Ou pourquoi est-ce qu'on devrait changer notre manière

de faire? Pourquoi est-ce que ça devrait être ainsi? Donc, s'il y a une sanction quelconque et que, un, que ça fait l'objet d'un consensus parmi les scientifiques, les experts, et que ça reçoive une forme d'approbation formelle, on peut dire, par la suite, que c'est plus facile d'appliquer des exigences et de dire : Voici ce que vous devez faire maintenant lorsque vous mesurez la performance de tel équipement.

M. Picard : Je comprends plus pour une approbation qu'un refus ou qu'une modification des recommandations, mais je comprends le principe.

Tout à l'heure, vous avez parlé qu'il faudrait encadrer tout ce qui entoure la génomique, là. Par règlement, on ne peut faire... En tout cas, qu'est-ce que j'ai décodé tantôt de vos propos, vous faites des analyses, là, il y a différentes variables, puis c'est sujet à chaque personne, l'interprétation, ou j'ai mal compris l'explication?

M. Longtin (Jean) : C'est probablement moi qui ai parlé un peu vite. Ça m'arrive, des fois. La génétique en elle-même est un champ d'expertise médicale à part entière comme, mettons, l'hématologie, la pathologie, etc. Donc, l'interprétation de tests génétiques nécessite quand même une certaine expertise. Là où ça devient un peu plus délicat, d'où l'importance vraiment d'avoir un encadrement adéquat, c'est que ce sont des tests quand même plus complexes à interpréter que d'autres tests qui peuvent être interprétés par le corps médical plus large. Par exemple, certaines analyses de base, un peu comme un bilan de cholestérol, bien, on peut le voir, bien des médecins vont être capables d'interpréter si ça, c'est haut ou si ça, c'est bas. Quand on arrive dans les analyses de génomique en disant : Écoute, il y a une mutation à tel endroit, à tel codon, ça, ça prend une expertise qui est un peu plus poussée que l'expertise qui est, entre guillemets, de base chez un médecin. Donc, dans ce sens-là, la génétique doit être un peu plus formellement encadrée, puis le projet de loi le fait.

Actuellement, la génétique tombe un peu entre deux chaises. Des fois, pour les besoins du permis, on va les mettre en pathologie, on va les mettre en biochimie. On essaie de les caser dans un autre domaine d'opération parce que la loi actuelle ne les a pas définis comme étant une spécialité à part entière. Donc, il y avait une espèce de flou autour de la spécialité de la génétique. Et, comme c'est une spécialité qui a explosé en termes techniques et en termes de connaissances dans les dernières années, le fait qu'elle soit incluse à part entière dans la loi va nous faciliter les choses parce qu'à ce moment-là on va être capables de la positionner vraiment comme une spécialité à part entière.

M. Picard : O.K. Donc, si je comprends bien, deux personnes qui verraient les mêmes choses avec les... qui ont les mêmes compétences arriveraient aux mêmes conclusions.

M. Longtin (Jean) : Oui.

M. Picard : Oui. O.K. Merci. C'est beau, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. Dr Longtin, Mme Fauvel représentant le Laboratoire de santé publique du Québec de l'Institut national de santé publique du Québec, merci de votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends quelques instants et j'invite l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec à venir prendre place. Alors, je suspends les travaux quelques instants.

(Suspension de la séance à 17 h 13)

(Reprise à 17 h 19)

Le Président (M. Merlini) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons reprendre nos travaux. J'ai le plaisir d'accueillir l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec. Alors, je vous invite à vous identifier. Vous disposez de 10 minutes pour faire votre exposé, et suivra ensuite l'échange avec les membres de la commission. À vous la parole.

Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ)

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs de la commission, nous vous remercions de nous donner l'occasion de nous faire entendre. Mon nom est Doris Levasseur Bourbeau. Je suis la présidente de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec et je suis accompagnée de Me Alain Collette, directeur général et secrétaire de l'ordre.

• (17 h 20) •

Au nombre de plus de 4 800, les technologistes médicaux sont les professionnels de la santé qui effectuent, sur le corps humain ou à partir de spécimens, des analyses et des examens dans le domaine de la biologie médicale et qui assurent la validité technique des résultats à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique.

L'ordre est, en général, favorable au projet de loi n° 118, aux dispositions du projet de loi. Cependant, nous tenons à vous faire part de certains commentaires qui concernent les laboratoires de biologie médicale.

Le projet de loi a pour objectif d'encadrer les activités exercées, entre autres, dans les laboratoires de biologie médicale qui ne sont pas exploités par un établissement de santé ou de services sociaux, tel qu'il est stipulé à l'article 1. Et il est aussi prévu que des exclusions pourront être déterminées par règlement du gouvernement, tel qu'indiqué à l'article 2.

Toutefois, nous notons que la définition de «biologie médicale» qui est énoncée à l'article 3, au paragraphe 5°, ne contient pas les activités liées aux prélèvements et au transport des spécimens. Faut-il comprendre que les professionnels ou entreprises qui offrent uniquement des services de prélèvement ou des services de prélèvement à domicile ne seront pas soumis à l'obligation de détenir un permis et que leurs activités ne seront pas encadrées par la loi? Des technologistes médicaux et des infirmières, à titre de travailleurs autonomes, offrent des services de prélèvement à domicile, en pharmacie ou aussi dans des cabinets. Quant à nous, il y aurait lieu de reconsidérer cette situation.

En effet, il est connu que les analyses de laboratoire sont indispensables pour évaluer la santé des patients. Il est estimé que 85 % des décisions médicales sont basées sur les résultats d'analyse obtenus à partir d'échantillons biologiques. Et, selon la revue de littérature, jusqu'à 93 % des erreurs dans le domaine des analyses de laboratoire médical surviennent à l'étape de la phase préanalytique. Aussi, le prélèvement et le transport des échantillons font partie des activités incluses à l'étape du préanalytique.

La définition de l'expression «laboratoire de biologie médicale» qui est indiquée à l'article 3, au paragraphe 5°, mentionne «analyse de biologie délocalisée». Selon la définition contenue dans la norme 1 589, la norme ISO 1 589, les analyses de biologie délocalisées sont des analyses réalisées à proximité ou chez un patient, donnant lieu à une éventuelle modification des soins qui lui sont apportés.

Par ailleurs, la lecture de l'article 37 du projet de loi mentionne que le titulaire d'un permis de services orthopédiques ou le titulaire d'un service de centre de physiologie respiratoire peut offrir des services à domicile, mais il n'est pas, cependant, fait mention de la même possibilité pour un laboratoire de biologie médicale. Cette omission laisse croire que le laboratoire de biologie médicale ne peut pas offrir de services à domicile. Est-ce bien l'intention du législateur? Si tel est le cas, pourquoi inclure les analyses de biologie médicale délocalisées dans l'article 3, qui, par sa définition, sont réalisées ailleurs que dans le laboratoire? Et, dans un même ordre d'idées, qu'en est-il des analyses de biologie médicale délocalisées exécutées par des professionnels autonomes tels les technologistes médicaux offrant des services à domicile, ou dans des entreprises, ou encore dans des pharmacies communautaires?

Maintenant, en ce qui concerne l'article 25, cet article prévoit que tout laboratoire autre qu'un laboratoire orthopédique ou un laboratoire exerçant exclusivement des activités à des fins de recherche ou de développement doit, dans un délai de trois ans à compter de la délivrance d'un premier permis, obtenir l'agrément. Qu'en est-il des laboratoires actuels qui détiennent déjà un permis? Seront-ils dispensés de cette obligation? Toutefois, nous sommes favorables à l'obligation qui est faite d'obtenir un agrément, de le conserver et que le rapport de cet agrément soit transmis au ministre.

Maintenant, concernant l'article 26, celui-ci indique que «le titulaire d'un permis de laboratoire ou d'un centre de physiologie respiratoire doit nommer un directeur à moins, s'il s'agit d'une personne physique, qu'il n'agisse lui-même à ce titre». N'y aurait-il pas lieu, à l'instar des autres lois, telle celle portant sur la procréation assistée, de prévoir dans ce projet de loi que le directeur du laboratoire doit être un membre du Collège des médecins du Québec, titulaire d'un certificat de spécialiste dans le secteur d'activité du laboratoire ou encore d'un biochimiste clinique pour les laboratoires exerçant en biochimie? Nous comprenons, cependant, que les qualités du directeur du laboratoire et les conditions d'exercice seront prescrites par règlement. C'est donc avec intérêt que nous prendrons connaissance des règlements d'application qui seront ultérieurement adoptés et qui nous éclaireront davantage sur l'application de ce projet de loi.

Et, compte tenu, maintenant, de l'article 62 du projet de loi, on considère que les technologistes médicaux devraient aussi avoir accès au DSQ afin de pouvoir obtenir les informations nécessaires à la réalisation des examens et des analyses.

Comme dernier commentaire, nous tenons à porter à votre attention que la définition de l'expression «laboratoire de biologie médicale» qui est contenue à l'article 3 au paragraphe 5 mentionne «analyse de biologie délocalisée». Il aurait lieu de réévaluer l'usage de cette expression, puisque l'organisation ISO utilise, depuis le 1er novembre 2016, l'expression suivante : «examen de biologie médicale délocalisée» dans ISO 22870.

Nous vous remercions de l'attention portée à nos commentaires et nous sommes maintenant disposés à répondre à vos questions. Merci.

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme Levasseur Bourbeau, pour votre exposé. Nous allons débiter la période d'échange avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux pour un bloc de 16 minutes. M. le ministre, la parole est à vous.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, Mme Levasseur Bourbeau, M. Colette, merci de venir nous faire part de vos vues sur le projet de loi et de nous avoir fait vos commentaires verbalement et dans le mémoire. D'entrée de jeu, là, je... Parce que, dans la façon dont vous avez construit votre intervention, vous avez un certain nombre de questions auxquelles je vais essayer de répondre correctement. Vous avez trouvé une omission, je vous félicite, et nous allons nous y adresser. Alors, l'omission que vous avez trouvée, c'est le laboratoire déjà titulaire d'un permis, pour ce qui est du trois ans avant d'avoir un agrément. C'est une omission, on va nous y adresser. Je vous en remercie.

Maintenant, pour ce qui est des autres interrogations que vous avez soulevées, vous avez une approche extrêmement pointue, en ce sens que l'objectif du projet de loi est un objectif... Je l'ai dit à plusieurs reprises puis je pense que vous avez suivi pas mal les travaux aujourd'hui, là, c'est un exercice de qualité pour les examens de laboratoire délocalisés. Maintenant, je vous soumettrai que «délocalisé», on ne le voit pas à l'extrême, mais on le voit par opposition aux laboratoires classiques, institutionnels. Puis là peut-être que je me trompe, mais je conclus de la teneur de vos propos que, pour vous, «délocalisé», c'est tout et absolument tout à l'extérieur d'un laboratoire institutionnel.

Ce n'est pas ça. «Délocalisé», oui, ce sont des activités d'un volume significatif ou d'une portée significative à l'extérieur d'une institution, mais non, ça n'inclut pas les auto-examens ou les examens que l'on peut faire de façon autonome. Puis là je vais prendre quelque chose de caricatural et d'extrême, on ne va pas inclure la glycémie avec une bandelette et un lecteur que les gens font soi-même ou qu'une infirmière fait à domicile. Alors, je pense que, dans la portée de notre loi, il doit y avoir certaines limites parce que... D'abord, il doit y avoir des limites, on ne peut pas tout régir dans tout, législativement parlant, d'une part. Et, d'autre part, sur le plan technologique et sur le plan des possibilités professionnelles et technologiques, bien, il y a un grand nombre de possibilités, mais il y a aussi des professionnels qui sont régis par leurs ordres. Il ne faut pas voir le projet de loi comme étant un projet de loi qui se substitue aux ordres, et à leurs règles, et à leurs compétences, mais bien un complément dans ce continuum qui existe en santé, tant dans le monde des laboratoires que dans le monde clinique, pharmaceutique et autres professions incluant la vôtre. Alors, c'est comme ça qu'il faut le voir.

• (17 h 30) •

Alors, quand vous me demandez si la loi va venir... ou si elle devrait régir ou inclure une infirmière ou un autre professionnel qui va à domicile faire une prise de sang, bien, je vous dirais que ça, c'est amplement couvert par les ordres professionnels. On parle ici d'aller faire une prise de sang, aller chercher le substrat sur lequel il y aura une analyse, et c'est cette analyse-là que le projet de loi vient encadrer parce que c'est de l'analyse que va découler le résultat qui, lui, va donner, au bout de la ligne, au bout de la chaîne, une action diagnostique et/ou thérapeutique. Alors, non, le projet de loi ne vise pas à tout encadrer, avec les exemples que vous donnez, parce que... Les exemples que vous donnez sont très pertinents, j'en conviens, mais ils sont déjà régis, à notre avis, suffisamment par les ordres professionnels.

Alors, on ne va pas jusqu'ou, peut-être, vous voudriez qu'on aille, mais on va certainement là où on doit aller dans le cadre de ce qu'on appelle des services de biologie médicale délocalisés. Alors, c'est comme ça qu'on l'a vu et c'est comme ça qu'on l'a construit, et il m'apparaîtrait aussi très difficile d'appliquer ces règles-là pour, par exemple, les prélèvements à domicile. Là, il me semble qu'on irait trop loin. Ou, si vous préférez, je pense qu'on arriverait dans un territoire où on serait confrontés à une impossibilité d'agir, là. C'est le principe, là, caricatural de la chambre à coucher, là, on ne peut pas tout gérer, là, dans la société par une loi. Moi, je ne pense pas que cette loi-là, elle est construite pour gérer une infirmière ou une technologie qui va faire un prélèvement à la maison.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : M. le ministre, si vous permettez, les analyses de biologie médicale délocalisées sont utilisées à faire des modifications dans le suivi ou le traitement du patient, et c'est là qu'il faut faire très attention. Et ce que nous demandons, c'est d'encadrer ces exercices-là, puisque les analyses délocalisées, c'est vrai, sont une extension d'un laboratoire, mais, pour ce qui est des infirmières ou des travailleurs autonomes, technologistes également, il faut s'assurer que les services sont bien encadrés. Et, en ce moment, il n'y a pas d'encadrement, rien. Alors, pour la protection du public, nous sommes inquiets.

M. Barrette : Mais, Mme Levasseur Bourbeau, vous êtes la présidente d'un ordre. Êtes-vous en train de me dire que l'ordre que vous présidez n'a pas de provision qui garantisse la qualité du prélèvement fait à la maison? Parce que c'est un peu ça que vous me dites. Si vous me dites que le projet de loi n° 118 a besoin de s'adresser aux professionnels que vous englobez, supervisez et s'il faut que ça soit englobé par le projet de loi n° 118, ça veut dire que votre ordre n'a pas des provisions suffisamment fortes pour garantir cette qualité-là.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Alain, tu veux répondre à la question?

M. Collette (Alain) : En fait, ce n'est pas en termes de compétence des professionnels — entre autres, nous, c'est pour les technologistes médicaux — c'est plutôt au niveau de l'encadrement de la technologie en tant que telle. On sait que, dans le secteur public, toutes les analyses de biologie médicale délocalisées, incluant les glycomètres ou les autres types d'appareils de ce style-là, sont soumises à un encadrement et sont soumises aussi à l'agrément via Agrément Canada pour ce qui est des analyses de biologie médicale délocalisées. La question, nous, en fait, qu'on se pose et ce qu'on se dit, c'est que les analyses qui seront faites à la résidence du client, que ce soit par un laboratoire privé qui offrirait un service à domicile ou encore par des travailleurs autonomes, selon nous, ça devrait faire partie aussi d'un encadrement au niveau technique, c'est-à-dire que l'appareil a été contrôlé, on s'est assuré qu'il répondait bien à ce qu'il devait faire, et non pas la question de la compétence du professionnel qui l'utilise en tant que tel.

M. Barrette : Bien, si vous me permettez, là, j'ai une certaine difficulté à vous suivre, là. Moi, je n'ai jamais vu personne encadrer le calibrage des glucomètres qui sont vendus à la pharmacie, qui sont utilisés par tous les diabétiques de type 2 du Québec à la maison à tous les jours, là. Ça ne se calibre pas, là, ça, on...

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Ces appareils-là devraient être calibrés sous la direction d'un laboratoire agréé.

M. Barrette : Écoutez, je veux bien, là, mais...

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Le danger, c'est que...

M. Barrette : ...disons que votre position m'étonne beaucoup, là, parce que ce que vous nous demandez, là, vous nous demandez d'avoir une loi qui encadre l'utilisation des glucomètres à la maison, les glucomètres qui sont utilisés aujourd'hui par tout le monde, là.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Il faut aller au-delà des glucomètres.

M. Barrette : Il me semble que vous soulevez un sujet pour lequel je n'ai... En tout cas, du moins, personne n'a jamais porté à mon attention — puis ça, c'est vrai, là — une problématique découlant du calibrage des glucomètres qui sont littéralement donnés à la pharmacie. Parce qu'ils sont donnés avec les bandelettes, là, la première fois. Vous m'étonnez, là. Est-ce qu'il y a une littérature? Est-ce qu'il y a des données probantes? C'est dommage que l'ordre d'apparition n'ait pas été inversé, là, on aurait pu demander ça à l'INSPQ, là, qui ont cette expertise-là. D'ailleurs, je peux vous assurer que je vais leur poser la question. Je vous avoue que c'est la première fois qu'on me pose cette situation-là sous cet angle-là. Est-ce qu'il y a des données probantes, là, qui indiquent ça?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Nous avons eu des informations à cet effet. Toutefois, les appareils d'analyse délocalisée s'étendent plus large que des glucomètres, qui sont très utilisés par les services à domicile.

M. Barrette : Bien, pouvez-vous me donner des exemples?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Les services à domicile, s'ils sont encadrés par une infirmière ou technologiste sous l'autorité d'un CLSC, d'un GMF ou de ces organisations-là, ils sont déjà encadrés dans le système en lui-même. Là, où est-ce qu'on est inquiets, c'est les travailleurs autonomes qui donnent ces services-là pour améliorer l'accessibilité, il est vrai... Mais, toutefois, tout ce qui est entouré la qualité des résultats, nous sommes inquiets par rapport à ça.

M. Barrette : Écoutez, prenez-le pas... on a une discussion, là, je veux simplement bien saisir, là, le détail de ce qui vous permet de construire cet argument-là, que je comprends, là, ce n'est pas ça, là. Les travailleurs autonomes — vous les appelez comme ça — ça demeure des gens qui sont autonomes, mais régis, ils sont sous la juridiction d'un ordre professionnel comme le vôtre. Ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas attachés à un CLSC, par exemple, là, qu'ils ne sont pas assujettis à vos règles. Alors, j'ai de la difficulté à faire le lien entre un travailleur autonome... Je comprends ce que vous allez me dire, là, mais, là où je veux aller, là, c'est que, qu'il soit, le professionnel, sous la juridiction d'un ordre et dans un environnement de CLSC, pour prendre votre exemple, ou un autre travailleur autonome assujetti au même monde, le vôtre, les deux, mais sans CLSC, le geste du prélèvement demeure encadré par vous. Mais, dans les deux cas, le prélèvement, là, à moins que vous m'indiquiez qu'il y a des Coulter qui se promènent dans les maisons, là, bien, il va retourner à un laboratoire où il y a un Coulter ou une autre chaîne analytique, là, peu importe, et l'analyse va être faite.

Moi, à part des analyses très, très, très mineures, que je ne dis pas qui sont mineures ou inutiles, ce n'est pas ça que je dis du tout, là... Mais, sur le plan technologique, c'est des choses qui ne sont pas du même ordre, et je vois difficilement, faute de données probantes, d'éléments qui justifieraient qu'on aille aussi loin dans le projet de loi. Mais, écoutez, moi, je suis ouvert, là, je suis content que vous soyez ici et que vous l'abordiez, y a-t-il des données sur lesquelles on peut s'appuyer pour étendre le projet de loi à domicile dans le cadre, oui, d'examen qui sont délocalisés, oui, mais qui sont des examens que je pourrais qualifier de dépistage?

• (17 h 40) •

Vous savez comme moi que, lorsqu'il y a une donnée qui semble aberrante sur un glucomètre, ça va arriver qu'on va demander un prélèvement sanguin pour demander l'analyse et un résultat sur une méthode éprouvée dans un environnement encadré. On fait ça. Un temps de coagulation qui est bizarre, qui détonne avec la continuité de la personne... qui peut détonner, ça peut être la réalité, mais ça arrive qu'on fasse un contrôle parce que, là, il y a une aberration. Une personne qui avait une glycémie constamment à 8, puis là la personne nous affirme qu'elle a fait ceci, a fait cela, puis là elle tombe à 27 ou elle tombe à 5 de façon régulière, bien là, oui, on va tester, on fait une prise de sang. Là, on parle de petits tests dont la capacité n'est pas d'être celle d'un laboratoire central, alors que le projet de loi que nous, on met en place, c'est évidemment pour ce qui est délocalisé par rapport à institutionnel, mais institutionnel dans des examens, des techniques qui sont comparables en techniques, en appareillage, en portée et en qualité. Mais l'objet du projet de loi n'a pas été d'encadrer à ce point les professionnels qui vont à domicile.

Moi, je suis ouvert, Mme Levasseur Bourbeau, à réfléchir là-dessus si vous m'amenez des données, là, qui sont blindées. Et je suis sûr que vous allez trouver un glucomètre en quelque part qui marche mal. Je suis sûr, sûr, sûr, là, il doit y en avoir, je suis sûr de ça. Maintenant, on ne peut pas faire le projet de loi seulement sur une exception, à mon avis, là.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Le point qui était apporté dans notre mémoire, en fait, c'était d'émettre un permis à ces travailleurs autonomes là dans le but d'encadrer, justement, tous les processus de service qui est donné aux patients.

M. Barrette : Bien, je prends note et je reçois vos commentaires, là. Et on va, évidemment, les considérer, et je pense que vos commentaires sont pertinents. Mais je vous dirais qu'à un moment donné... Je le dis souvent, l'adage qui veut que le mieux soit l'ennemi du bien. J'ai utilisé cette expression-là ce matin dans une autre discussion sur un tout autre sujet, mais là ça peut s'appliquer, là. Vouloir trop en faire, à un moment donné ça peut faire en sorte que ce genre de services là disparaisse parce qu'on a mis une lourdeur administrative qui soit trop grande. Ça aussi, on doit le prendre en considération, et c'est pour ça que je vous le redis, moi, je pense que vous nous faites un commentaire qui a certainement sa pertinence et j'aimerais pouvoir, si j'avais une décision à prendre — et j'en aurai une — pouvoir l'appuyer sur des données les plus probantes possible et je vous invite à m'en faire part à la première occasion.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Tu veux rajouter quelque chose, Alain? Ça va.

M. Barrette : Ça va?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Oui.

M. Barrette : Moi, je pense que ça va terminer mon intervention M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : En plein dans le temps, M. le ministre. Merci pour cet échange. On va passer à l'opposition officielle, Mme la députée de Taillon, vous disposez d'un bloc de 9 min 36 s avec nos invités.

Mme Lamarre : Merci beaucoup. Alors, Mme Levasseur Bourbeau et M. Collette, bienvenue. J'ai trouvé intéressant dans votre mémoire certains éléments, entre autres votre préoccupation par rapport à la fiabilité. C'est vrai qu'on utilise beaucoup les analyses de laboratoire maintenant pour poser un diagnostic, et vous dites aussi qu'il y a jusqu'à 93 % des erreurs dans le domaine des analyses de laboratoire médical qui surviennent à l'étape de la phase préanalytique. Est-ce que, dans cette étape-là de la phase préanalytique, on a des données qui nous permettent de dire que c'est associé au mode de prélèvement, à une contamination, au transport? Est-ce que vous avez des sous-groupes dans cette évaluation de la littérature, là, au niveau de la phase préanalytique?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Pour les statistiques que vous posez la question?

Mme Lamarre : Bien, vous dites que c'est selon la littérature. Je ne sais pas, est-ce qu'il y a un article de référence qui a finalement évalué? Parce que l'étape de la phase préanalytique, ça peut inclure plusieurs choses, là, mais entre autres...

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Plusieurs choses, plusieurs intervenants également.

Mme Lamarre : Oui, c'est ça.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Exactement. Oui, nous avons, et c'est indiqué dans le mémoire, en bas de page, justement, le lien.

M. Collette (Alain) : En fait, il y a plusieurs éléments, là, qui contribuent à occasionner des erreurs. On peut penser, entre autres, aux... Je ne les ai pas tous en détail avec des pourcentages pour chacun. Cependant, il y a l'identification du patient, l'identification du spécimen, la façon dont le garrot est installé, la rapidité avec laquelle le garrot peut être enlevé. Ça peut être aussi le prélèvement, de la façon dont le prélèvement est fait, la façon dont le site de prélèvement peut être préparé. Ça va être aussi toute la notion de conservation, de préparation de spécimen pour fin soit d'analyse ou de transport et la préparation, l'emballage pour le transport. Alors, finalement, chacun des actes posés pour arriver à avoir un spécimen transmis au laboratoire est sujet à des erreurs.

Mme Lamarre : Mais le fait que vous l'inscriviez dans votre mémoire, est-ce que c'est parce que vous souhaiteriez que, dans le projet de loi, il y ait un élément au niveau... soit un message que vous nous envoyez au niveau des règlements ou au niveau même de la loi que, dans le processus d'agrément, on tienne compte aussi de ces éléments-là dans le cas des laboratoires d'analyse délocalisés ou des analyses, tout simplement, qui sont faites de façon délocalisée?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Les travailleurs autonomes, ils ont la compétence pour faire l'exercice de faire les analyses délocalisées. Toutefois, tout ce qui comporte le prélèvement lui-même, c'est là qu'on retrouve les erreurs, tel que Me Collette vient de le mentionner, et le transport de ces échantillons-là du site du prélèvement jusqu'au laboratoire où l'analyse va être effectuée... Et les laboratoires dans les établissements de santé sont régis par un agrément des laboratoires, mais, en amont, c'est là que les erreurs arrivent et c'est là qu'on voudrait que ce soit encadré. Et, avec le permis, on pourrait encadrer, justement, cet exercice-là.

Mme Lamarre : Donc, c'est au niveau du permis plus qu'au niveau de l'agrément que vous voyez qu'on pourrait ajouter certaines exigences, certaines validations?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Ça permettrait, à ce moment-là, de vérifier la qualité d'exercice. Au-delà de la compétence, lorsqu'un ordre professionnel est impliqué pour ces travailleurs autonomes là, c'est l'exercice lui-même et les processus qui sont mis en place pour s'assurer que le résultat, en bout de ligne, soit fiable.

Mme Lamarre : Est-ce que vous avez des préoccupations avec le projet Optilab dans ce contexte-là?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Est-ce qu'on élabore là-dessus?

Mme Lamarre : Bien, juste me répondre si vous avez certaines préoccupations parce que je pense que c'est significatif. Ça fait appel aux préoccupations qui sont transmises par beaucoup de personnes, et nous, on a demandé que l'INESSS se penche sur la traçabilité et sur les mécanismes de contrôle.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Bien, en tant qu'ordre professionnel, nous travaillons avec les autorités ministérielles, justement, pour mener à bien ce projet-là et donner les outils aux organisations pour que les processus soient optimaux et soient au bénéfice des patients.

Mme Lamarre : D'accord. On va continuer à surveiller ça de près. Merci.

L'article 34, vous y faites référence, il a une formulation, quand même, qui laisse sous-entendre des choses. L'article 34, c'est : «Aucun laboratoire ou centre de physiologie respiratoire ni aucune personne agissant pour son compte ne peut organiser des concours ou donner à quiconque, directement ou indirectement, des primes, consultations gratuites, certificats, cadeaux, échantillons, ristournes ou autre avantage destinés à attirer ou à fidéliser la clientèle.»

On évoquait aussi, même, que certaines de ces choses-là pourraient fidéliser des médecins prescripteurs. Est-ce que vous avez eu connaissance de certains... Parce qu'un ordre, finalement, vous faites enquête, est-ce qu'il y a des situations comme celles-là qui prévalent actuellement?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Je vais passer la parole à Me Collette si vous me permettez.

M. Collette (Alain) : On n'a pas eu d'informations, ou encore de signalements, ou de plaintes au sujet, là, de concours ou de promotions particulières dans ce sens-là.

Mme Lamarre : D'accord.

M. Collette (Alain) : Ce qui ne veut pas dire que nos collègues du Collège des médecins ou d'autres, l'Ordre des chimistes, pour les biochimistes cliniques, n'ont pas eu de signalement ou d'information à cet effet-là.

Mme Lamarre : O.K. Mais vous, à votre connaissance?

M. Collette (Alain) : Nous, on n'en a pas.

Mme Lamarre : Il n'y en a pas. O.K. Vous préconisez, donc, le changement du terme «analyse de biologie délocalisée» pour «examen de biologie médicale délocalisée». C'est la terminologie officielle qui est approuvée par ISO.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Qui prévaut depuis novembre dernier.

Mme Lamarre : O.K. Est-ce qu'il pourrait y avoir une justification, à part juste une concordance qui... Est-ce qu'il y a une différence dans le sens? Est-ce que vous voyez une différence dans le sens, vous, entre ces deux...

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Non, c'est d'appliquer, justement, les mêmes mots dans tous les documents.

• (17 h 50) •

Mme Lamarre : La nouvelle terminologie, d'accord. Et, finalement, vous demandez la possibilité de pouvoir inscrire au DSQ ou avoir accès aux résultats du DSQ?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : C'est d'avoir accès.

Mme Lamarre : Est-ce qu'on pourrait inscrire également?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Lorsque c'est le laboratoire, c'est ça, le laboratoire est lié au DSQ, mais les technologistes médicaux en tant que tels ou ceux qui pourraient travailler comme travailleurs autonomes n'ont pas accès aux résultats antérieurs, disons, ce qui permettrait, justement, de...

Mme Lamarre : Pouvez-vous nous donner quelques exemples de comment le fait de pouvoir avoir accès au DSQ, ça vous aiderait dans votre travail professionnel?

Des voix : ...

M. Collette (Alain) : Oui. En fait, au DSQ, ce qu'on va retrouver, c'est les résultats des analyses qui ont déjà été faites. Parfois, le technologiste va avoir besoin de consulter le DSQ pour avoir ces informations-là, pour faire une corrélation avec les résultats qu'il obtient actuellement puis de voir, bon, est-ce que c'est normal qu'on ait une variation, etc. Alors, ça peut être des informations de ce type-là. Actuellement, si on veut l'information, il faut demander au médecin ou à la personne responsable du DSQ pour avoir accès. Ça serait plus pratique que le technologiste y ait accès directement.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Mais bien dirigé.

Mme Lamarre : Mais mettons que vous auriez un résultat très hors norme, puis que vous avez accès à des analyses similaires qui ont été prises quelque temps plus tôt, ça vous permettrait peut-être d'apprécier qu'il y a peut-être des risques au niveau du transport ou il y a peut-être d'autres enjeux qui ont fait que le résultat était anormal.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Exactement. Exactement, au même titre que, si nous le faisons dans un laboratoire de type public, parfois on vérifie les analyses qui ont été faites précédemment pour, justement, utiliser le bon jugement. Et ça serait la même chose pour les travailleurs autonomes ou ceux qui auraient accès au DSQ.

Mme Lamarre : Donc, actuellement, ce n'est pas possible. Par contre, quand les gens travaillent en établissement de santé, là ils ont accès?

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Non, ils ont accès aux résultats...

Mme Lamarre : De l'hôpital.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : ...de l'hôpital, de l'établissement.

Mme Lamarre : Mais ce n'est pas des autres établissements, il n'y a pas accès, vraiment, au DSQ formel.

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : Non. Exact.

Mme Lamarre : Donc, il y a encore du...

Mme Levasseur Bourbeau (Doris) : C'est plus en lien avec les travailleurs autonomes puis dans les laboratoires privés. C'est ce que je voulais dire.

Mme Lamarre : D'accord. Merci.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon, pour cet échange. Maintenant, pour le deuxième groupe d'opposition, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, vous avez un temps de 6 min 24 s.

M. Picard : M. le Président, ça va être très, très, très court. Ma collègue de Taillon a abordé le sujet du DSQ, justement, que je voulais comprendre le pourquoi que vous vouliez avoir accès, et j'ai bien saisi votre demande. Donc, je vous remercie pour votre contribution aux travaux de la commission. C'est important de venir nous dire comment ça se passe, là, dans la vraie vie pour qu'on puisse concocter le meilleur projet de loi. Merci beaucoup.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière. Mme Levasseur Bourbeau, Me Collette, merci pour votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends donc les travaux et j'invite l'Ordre des technologues professionnels à s'approcher. Merci. Et les travaux sont suspendus.

(Suspension de la séance à 17 h 54)

(Reprise à 17 h 56)

Le Président (M. Merlini) : À l'ordre, s'il vous plaît! Nous reprenons donc nos travaux, et j'accueille avec plaisir l'Ordre des technologues professionnels du Québec. Je vous invite à vous présenter. Vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, et, ensuite, il y aura la période d'échange avec les parlementaires de la commission. Bienvenue à la commission.

Ordre des technologues professionnels du Québec (OTPQ)

M. Legendre (Richard) : Merci. Alors, je me présente, Richard Legendre, technologue, vice-président aux affaires professionnelles de l'ordre. À ma gauche, Guylaine Houle, qui est syndic à l'ordre et également technologue en orthèses-prothèses; et, à ma droite, Denis Beauchamp, directeur général et secrétaire de l'ordre.

M. le Président de la commission, M. le ministre, messieurs dames les députés, membres de la commission, bonjour. L'Ordre des technologues professionnels du Québec encadre 3 875 membres qui portent le titre de technologue professionnel et peuvent apposer les initiales T.P. à la fin de leur nom. De ce nombre, nous encadrons 625 technologues professionnels en appareillage orthopédique, secteurs public et privé confondus. Vous trouverez dans le mémoire, d'ailleurs, une description des principales fonctions des technologues en orthèses-prothèses.

L'Ordre des technologues professionnels du Québec est heureux que le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et son ministère soient résolus à moderniser une loi concernant les titulaires de permis de laboratoires orthopédiques et, subséquemment, la réglementation s'y rattachant.

Malheureusement, il y a un grand absent dans le projet de loi : le technologue professionnel. Dans le projet de loi, on ne mentionne jamais le nécessaire encadrement professionnel pour tous les titulaires de permis de laboratoire orthopédique. Heureusement pour les autres secteurs d'activité visés par le projet de loi, on évoque l'adhésion au système professionnel, tel qu'indiqué aux articles 14, 15 et 16.

Curieusement, le ministère n'exige pas que les détenteurs de permis de laboratoire orthopédique soient membres du système professionnel québécois. Pourtant, on parle ici de clientèle en détresse, de personnes souffrant de déficience

physique, de gens vulnérables qui recourent aux services d'un orthésiste ou d'un prothésiste. Il nous semble clair qu'en santé ou dans un centre hospitalier on ne soigne pas ou on ne traite pas un patient, un client si ce dernier n'est pas membre d'un ordre professionnel.

Ce faisant, le gouvernement s'apprête, malheureusement, à faire perdurer deux catégories d'orthésistes ou de prothésistes au Québec, soit ceux qui adhèrent aux valeurs du système professionnel québécois et ceux qui veulent y échapper, à l'encadrement, pour de mauvaises raisons. Le client, ne sachant pas qu'il y a deux catégories de praticien, risque fort d'être confondu et malmené s'il n'est pas satisfait des services d'un non-professionnel. Il ne pourra pas savoir non plus si les personnes qui le soignent ou le traitent offrent des techniques éprouvées ou s'il s'agit d'une pratique douteuse. La personne en déficience physique l'apprendra peut-être à ses dépens, mais trop tard, le mal sera fait.

Depuis septembre 2013, le Collège des médecins du Québec a voulu professionnaliser ce secteur. Il reste au gouvernement de poursuivre ce travail amorcé afin que toute personne exerçant dans le domaine soit encadrée par le système professionnel québécois au nom d'un service de qualité professionnelle et, surtout, au nom de la protection du public.

Certains diront que le règlement qui suivra aura à imposer l'encadrement professionnel à tous les demandeurs de permis, mais nous estimons que le projet de loi est aussi important et pertinent que la réglementation qui en découlera, et les mots utilisés dans la loi qui sera adoptée vont teinter et largement inspirer la rédaction de la réglementation qui va suivre. Conséquemment, il faut bien choisir les termes et insister sur l'encadrement professionnel recherché afin de dégager par la suite une réglementation claire et moderne pour répondre à un objectif noble et fondamental, la protection du public.

• (18 heures) •

Dans la même optique, lorsque le projet de loi évoque la possibilité qu'une société ou une association puisse acquérir un laboratoire orthopédique ou des centres de services orthopédiques, l'ordre n'y voit pas d'objection, à la condition que notre organisme puisse encadrer et sanctionner le détenteur de permis.

Tel que décrit en ce moment dans le projet de loi n° 118, n'importe qui peut devenir propriétaire d'un laboratoire. Il faudrait donc, à notre avis, définir le profil du directeur de laboratoire, du directeur adjoint de laboratoire ou du responsable du centre de services en précisant que la personne doit obligatoirement être membre d'un ordre professionnel et détenir la formation requise pour exercer dans ce domaine, soit un D.E.C. en orthèses et prothèses orthopédiques.

405 membres de l'ordre sont concernés directement par ce projet de loi, dont 92 sont titulaires de 102 permis de laboratoire. Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a délivré 122 permis en date du 31 décembre dernier. Le hic, c'est qu'il y a donc 20 permis de laboratoires orthopédiques dont les détenteurs ne sont pas encadrés par le système professionnel québécois. Pourquoi? Parce que ces directeurs évitent d'adhérer aux valeurs du système professionnel québécois et à notre organisme, rejetant ainsi en bloc tout encadrement professionnel malgré le règlement adopté par le Collège des médecins du Québec et en vigueur depuis le 26 septembre 2013.

Par conséquent, il serait utile et pertinent de modifier les articles 7, 29 et 30 du projet de loi n° 118 par un libellé rendant obligatoire le devoir d'adhérer au système professionnel québécois et à l'Ordre des technologues professionnels du Québec pour exploiter un laboratoire orthopédique ou un centre de services orthopédiques. Les clients doivent être rassurés, mieux servis et mieux protégés dans la dispense de ces services professionnels. L'ordre vous indique que le Collège des médecins du Québec comprend ce vide juridique et, en ce sens, appuie notre requête. Alors, merci de votre attention. Et on est disposés à répondre à vos questions.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. Legendre, pour votre exposé. Nous allons commencer la période d'échange avec le député de La Pinière, ministre de la Santé et des Services sociaux. Vous disposez d'un bloc de 16 minutes. À vous la parole, M. le ministre.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, M. Legendre, vous avez un nom célèbre, mais j'ai remarqué que ce n'était pas vous. M. Beauchamp, Mme Houle, bien, merci, vous aussi, d'avoir pris le temps de nous faire part de vos commentaires et de nous avoir présenté votre mémoire. Je ne m'attendais pas à ce commentaire-là, là, dans votre introduction. Ce à quoi je ne m'attendais pas, c'est que vous me dites que vous avez des professionnels qui peuvent ne pas être membres de votre ordre. J'ai-tu compris ça, là?

M. Legendre (Richard) : Oui. Présentement, la situation actuelle...

M. Barrette : Ils peuvent?

M. Legendre (Richard) : Oui.

M. Barrette : Eh bien! O.K. C'est un peu particulier. Je ne la savais pas, celle-là. Alors, vous aimeriez, évidemment, qu'il y ait une obligation.

M. Legendre (Richard) : Ça permettrait d'encadrer tout le monde à ce moment-là.

M. Barrette : Mais, s'ils sont... Oui. O.K.

M. Legendre (Richard) : Parce que, comme vous avez bien dit tout à l'heure, quand un ordre professionnel a des membres, on peut, à ce moment-là, nous, agir auprès des membres. Mais, présentement, ce n'est pas le cas au niveau des titulaires de permis.

M. Barrette : Bon, vous comprendrez, évidemment que moi, je ne suis pas le ministère de la Justice, là, ce n'est pas moi qui fais la gestion de ce genre de situation là, mais je suis relativement étonné. Je suis content, c'est de l'éducation administrative continue, là, c'est excellent.

Alors, c'est quoi, votre lien, là, sur le plan pragmatique? Parce que vous faites un lien avec d'autres professionnels qui, eux, sont dans le projet de loi, et vous travaillez ensemble. C'est quoi, la différence?

M. Beauchamp (Denis) : Denis Beauchamp. C'est que le ministère, pour octroyer ou délivrer un permis de laboratoire orthopédique, exige, comme l'association, tantôt, l'a exprimé, cinq ans d'expérience... en tout cas, etc., là, mais sans demander que la personne qui demande un permis de laboratoire soit membre d'un ordre professionnel. Ce qui fait qu'il y en a une vingtaine au Québec, là, je parle de laboratoires...

M. Barrette : ...votre point, c'était une question purement praticienne, là.

M. Beauchamp (Denis) : Oui.

M. Barrette : Vous évoquez quasiment que vous faites un travail qui est similaire, sinon identique, là, avec d'autres? Non?

M. Beauchamp (Denis) : ...

M. Barrette : Sur le plan pratique, là, vous êtes dans le même environnement. En termes de travailleurs dans les services d'orthèses, prothèses orthopédiques, vous dites que vous êtes là-dedans et vous êtes avec d'autres de vos collègues d'autres ordres professionnels. J'essaie juste de comprendre quelles sont, sur le plan pratique, vos différences. Vous voulez que le projet de loi vous encadre, vous donne les mêmes possibilités, là, en termes d'application de la loi parce que vous vous considérez similaires. J'essaie juste de comprendre, là...

M. Legendre (Richard) : Moi également, là, j'essaie de bien comprendre votre question, mais j'ai l'impression que le parallèle qu'on a fait dans la courte présentation, c'est que, dans le projet de loi n° 118, pour certains autres types d'établissements, on rend obligatoire que le titulaire du permis soit membre d'un ordre professionnel, et ce qui n'est pas le cas dans le projet de loi n° 118 pour les centres de services orthopédiques ou les laboratoires d'orthopédie. Je ne le sais pas. Je pense, c'est peut-être le parallèle dans la présentation. C'est le seul parallèle qu'on a fait.

M. Barrette : Ça fait que l'objet, vous, là, de votre critique, là, puis une critique au sens positif du terme, c'est ça, l'obligation d'adhérer à votre ordre.

M. Legendre (Richard) : L'obligation d'adhérer au système professionnel québécois et, conséquemment, en orthèses-prothèses, bien, au niveau de l'ordre des technologues.

M. Barrette : O.K. Ça fait que ça, c'est l'objet de votre commentaire. O.K.

M. Beauchamp (Denis) : Pour les titulaires de permis de laboratoire.

M. Legendre (Richard) : En orthèses-prothèses aux services orthopédiques.

M. Barrette : Ah! pour ceux-là seulement.

M. Beauchamp (Denis) : Oui, le reste, on va s'en occuper par la suite.

M. Legendre (Richard) : Pour les directeurs, directeurs adjoints, bien, en tout cas, c'est...

M. Barrette : Je comprends puis j'en prends bonne note. Mais je ne peux pas vous en dire plus, là, très honnêtement, je suis étonné de cette situation-là. Alors, j'en prends bonne note et je vais m'y adresser, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre, merci. Est-ce qu'il y a des questions des autres membres du parti gouvernemental? Non? Très bien. Alors, je me tourne vers l'opposition officielle, et, Mme la députée de Taillon, vous avez, comme la coutume le veut, un bloc de — j'ai perdu ma feuille — 9 min 36 s. À vous la parole.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, bonjour. Bienvenue à vous trois. Donc, effectivement, il y a des professions d'exercice exclusif et des professions avec des activités réservées. Alors, votre ordre constitue un ordre avec des activités réservées, ce qui fait qu'il n'y a pas une obligation nécessairement d'être membre de l'ordre pour porter le titre quand même. Et, effectivement, je pense qu'en termes de protection de la population, compte tenu que le titre peut être utilisé, ça peut permettre des écarts, finalement.

Autrement, dans ce projet de loi, est-ce qu'il y a autre chose qui vous préoccupe ou qui vous satisfait?

Mme Houle (Guylaine) : ...avant d'aller à votre deuxième point, j'aimerais peut-être ajouter à votre premier. En fait, quand vous dites que c'est un ordre à titre réservé, effectivement c'est vrai. Par contre, je voudrais ajouter que, depuis 2013 — et on en parle dans le mémoire — les orthésistes-prothésistes qui font certaines activités qui ont été autorisées par le Collège des médecins ont l'obligation d'être membres de l'Ordre des technologues professionnels. Et c'est la nuance, en fait, et c'est l'écart entre le membre et pas membre, peut-être, et le fait qu'on demande à ce que ces gens-là soient membres maintenant. Et ce n'est pas juste une requête d'encadrement, mais c'est déjà maintenant, depuis 2013, régi par le Collège des médecins ou, du moins, demandé, là. Mon terme n'est peut-être pas approprié.

Mme Lamarre : Donc, il y a un bout de chemin, déjà, de fait, mais ça ne rejoint pas encore l'ensemble des membres.

Mme Houle (Guylaine) : Non. Et c'est pour ça que, sur ce règlement-là et la possibilité du projet n° 118... qu'on demande, justement, le fait que les gens titulaires d'un permis, ou directeurs, ou directeurs adjoints responsables, ne serait-ce que les employés également, soient membres de l'ordre dans leur exercice.

Mme Lamarre : Donc, vous verriez que ça pourrait être une condition essentielle, incontournable au fait d'avoir un laboratoire ou d'être un directeur?

Mme Houle (Guylaine) : Absolument. Absolument.

Mme Lamarre : Excellent. Tantôt, l'association nous parlait de l'évaluation biomécanique. L'ordre, vous avez la responsabilité de défendre l'intérêt de la population, la protection de la population. Est-ce que vous considérez que c'est quelque chose qui est bien maîtrisé par l'ensemble de vos membres, cette évaluation biomécanique?

Mme Houle (Guylaine) : Bien, en fait, je vais me permettre, là, une introduction peut-être, là. Le terme «évaluation», pour nos professionnels, en fait, a été utilisé et est connu parce que, notamment — vous le voyez dans le mémoire également — ça fait partie de la formation de base et des termes utilisés dans le libellé. Par contre, donc, pour nous — et là je vais le faire de façon générale — cette étape-là est très importante dans le processus qui détermine le plan d'appareillage, et c'est une étape, en fait, qui est nommée «évaluation biomécanique», qui est nommée, évaluée dans le descriptif du programme. Par contre, dans la façon dont c'est utilisé par les membres, c'est une étape du processus et ce n'est donc pas une activité ou un acte en soi.

Donc, pour nous, c'est une nuance qui est importante en lien avec les propos que vous avez pu entendre aujourd'hui, notamment par le Collège des médecins. Donc, ce qui est important pour nous, c'est que cette étape-là ne soit pas exclue du processus dans la mesure où on veut qu'elle soit encadrée, qu'elle soit faite par des gens qui sont compétents et en maîtrise de ce qui est nécessaire pour arriver à l'appareillage. Donc, l'étape est essentielle. Par contre, est-ce que la terminologie au niveau de l'évaluation pourrait être modifiée et changée, effectivement, pour plaire aux parties concernées et être applicable, comme ça a été dit ce matin? Bien, possiblement, effectivement.

• (18 h 10) •

Mme Lamarre : Vous avez une ouverture. Parce que c'est vrai que, dans que les lois des ordres professionnels, le mot «évaluation», il a été beaucoup inscrit autour de la loi n° 90 et il a une portée, il a une portée législative très, très forte. Donc, ce que je comprends, c'est que, du côté de l'ordre, vous avez un petit peu des nuances et vous comprenez aussi que cette portée-là, là, elle peut être nuancée.

Mme Houle (Guylaine) : ...pour la terminologie, mais vraiment que ça soit important que ça soit dans le processus et que ça soit dans les étapes pour déterminer le plan d'appareillage, pour qu'on puisse encadrer les gens qui vont le faire. Donc, ça, pour nous, c'est important. Et, dans la même ligne de pensée, ce qu'on demande dans le mémoire également, c'est que la livraison et le suivi, en bout de piste, soient inclus dans le processus qui est nommé et qui est décrit dans le projet n° 118.

Mme Lamarre : Puis ça, tout ça, ça porte le nom d'«évaluation biomécanique»? Ça ne peut pas porter d'autre nom, là?

Mme Houle (Guylaine) : Non.

Mme Lamarre : C'est d'autre chose, là.

Mme Houle (Guylaine) : Non, non, ce n'est pas ce que je dis, ce n'est pas ce que je dis. Ce que je dis, là, si on reprend, là, je n'ai pas la phrase, là, dans le... Je pense que c'est à l'article 3, mais, quand on parle de l'évaluation biomécanique, ce qu'on vient d'aborder, en disant que, pour nous, c'est une étape, mais non pas un acte ou une activité, et c'est une étape qui arrive après le diagnostic, qui arrive après l'ordonnance, donc ce qu'on dit, c'est que cette étape-là, elle est importante, mais elle pourrait être nommée autrement. Et, dans cette même phrase là, on parle des étapes suivantes, qui sont la prise de mesures, qui sont la prise de moulage, qui sont la conception, la fabrication. Et ce que nous, on dit dans notre mémoire et qu'on prend l'occasion de vous signifier de par votre intervention, c'est le fait qu'on voudrait que la livraison et le suivi soient également inclus dans le processus pour qu'ils puissent être encadrés et s'assurer que ça soit des gens compétents en la matière, là, qui puissent procéder.

Mme Lamarre : Est-ce qu'il arrive, donc, que des orthésistes ou des prothésistes n'assurent pas le suivi de façon appropriée?

Mme Houle (Guylaine) : C'est des choses qui peuvent s'être vues, effectivement, et qui ne sont pas souhaitables, évidemment.

Mme Lamarre : D'accord. Vous parlez de trois articles, 7, 29 et 30, que vous remettez en question. Pouvez-vous nous donner un peu plus de détails sur ces trois articles?

Des voix : ...

Mme Houle (Guylaine) : En fait, je peux débiter, là, le temps que mes collègues, là, suivent dans le projet n° 118. Donc, à l'article 7, en fait, ce qu'on dit, on dit : «Le ministre délivre un permis au requérant, ou le renouvelle, s'il possède les qualités et remplit les conditions...» Et donc, nous, ce qu'on dit, c'est que ce qu'on voudrait, c'est qu'une des conditions et que les qualités soient d'être membre de l'ordre des technologues, notamment. Donc, c'est dans la pensée de ces articles-là où on voudrait que l'ordre des technologues, dans le cadre du système professionnel, soit inscrit.

Donc, si on va à l'article... Le suivant, je pense que c'est le 29...

Une voix : ...

Mme Houle (Guylaine) : 30, pardon. Bien, donc, on l'a au 29. Donc, 29, c'est : «Le directeur et le directeur adjoint ou, selon le cas...» Donc, c'est la même chose, on parle de posséder les qualités et satisfaire aux conditions. Donc, on voudrait qu'il y ait un lien avec le fait d'être membre de l'Ordre des technologues professionnels.

Et c'est la même chose pour l'article 30, où on parle même des employés, là, de permettre, là, aux professionnels qui en font la demande d'y exercer leur profession. Donc là, à ce moment-là, on parle des gens, là, qui sont sous charge et qui vont voir des clients pour faire l'une des activités du processus, là, qu'on vient d'aborder ensemble.

M. Legendre (Richard) : Je me permettrais d'ajouter, souvent, au niveau réglementaire, ce qu'on voit dans différents règlements, différents ministères, c'est qu'on va utiliser la formule «membre d'un ordre professionnel». Donc, c'est peut-être une autre formule. Donc, évidemment, «membre d'un ordre professionnel», dans le cas d'orthèses, prothèses, ça sera l'Ordre des technologues professionnels du Québec.

Mme Lamarre : D'accord. Et, par rapport à vos autres membres, ils ne sont pas touchés par ce projet de loi là, à part les orthésistes?

M. Legendre (Richard) : Non. En fait, l'ordre des technologues, comme vous avez vu, on est près de 4 000 membres dans toutes sortes de domaines. C'est un ordre multidisciplinaire, donc ça va du génie électrique aux bâtiments, génie civil, foresterie. Donc, évidemment, il y a beaucoup de secteurs qui ne sont pas touchés par le projet de loi n° 118.

Mme Lamarre : D'accord. Merci.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. Maintenant, au deuxième groupe d'opposition, M. le député des Chutes-de-la-Chaudière, temps de 6 min 24 s.

M. Picard : C'est beau. Merci, M. le Président. Merci, M. Beauchamp, M. Legendre, Mme Houle. Tantôt, vous avez dit qu'il y avait une vingtaine, 22 — je vais le mettre entre guillemets — récalcitrants, là. Pouvez-vous nous donner, sans les nommer, là, un portrait? Est-ce que c'est des travailleurs autonomes? Est-ce que c'est des groupes, je vais dire, des chaînes, des petites chaînes, des... Est-ce que vous avez un profil ou c'est des gens de...

M. Beauchamp (Denis) : Ça, sous toute réserve, oui. Un, ils ont pignon sur rue, c'est une clinique, si vous voulez, et, parfois, ils passent à *J.E.*, ou à *La facture*, ou dans la revue de l'Office de la protection du consommateur, *Protégez-Vous*, etc. Je ne peux pas les nommer, mais... Et, parfois, aussi je pense, ils sont devant les tribunaux, c'est assez retentissant. Je pense qu'il y en a eu un à Québec, il n'y a pas longtemps.

M. Picard : O.K. Est-ce que c'est des travailleurs autonomes? Est-ce qu'il y a des travailleurs autonomes là-dedans ou si c'est plus une bannière...

M. Beauchamp (Denis) : Bien, ce sont des entreprises. Donc, ce sont des gens d'affaires.

M. Picard : ...une bannière qui engage des gens, tout simplement, là?

M. Beauchamp (Denis) : Bien, c'est-à-dire oui, on peut toujours vous envoyer la liste parce qu'on la connaît, la...

M. Picard : C'est parce que je n'écoute pas *J.E.*, je n'ai pas le temps.

M. Beauchamp (Denis) : Non, mais ce sont des gens qui travaillent dans le domaine et ce sont devenus, par la force des choses, des gens d'affaires, donc, mais qui ne veulent pas être encadrés pour toutes sortes de raisons, comme je vous ai mentionné tantôt. Mais ce sont des gens, donc, qui ne veulent pas se faire encadrer. Je vais arrêter là, mais...

M. Picard : O.K. Merci. Tantôt, dans le mémoire, vous parliez des... il y a trois articles que vous aimeriez qu'ils soient modifiés: 7, 20, 30. Donc, vous êtes en accord avec l'article 25, l'article 25 qui dit que «tout laboratoire autre qu'un laboratoire orthopédique ou un laboratoire exerçant exclusivement des activités à des fins de recherche ou de développement doit, dans un délai de trois ans à compter de la délivrance d'un premier permis — et là j'arrive — obtenir l'agrément des services qu'il dispense auprès d'un organisme d'agrément reconnu par le ministre». Ma question tout simplement... Oui.

M. Beauchamp (Denis) : Ça ne nous touche pas, puisque c'est «tout laboratoire autre qu'un laboratoire orthopédique».

M. Picard : O.K. Donc, je n'ai plus de questions. Merci beaucoup. Ce n'est pas plus grave que ça. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député de Chutes-de-la-Chaudière. Mme Houle, M. Legendre, M. Denis Beauchamp représentant l'Ordre des technologues professionnels du Québec, merci de votre contribution aux travaux de la commission.

L'ordre du jour étant épuisé, j'ajourne donc les travaux de la commission au jeudi 26 janvier, à 8 h 45, où elle poursuivra ce mandat. Bonne soirée à tous.

(Fin de la séance à 18 h 18)