



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 8 février 2017 — Vol. 44 N° 133

Consultations particulières sur le projet de loi n° 130 — Loi
modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation
clinique et à la gestion des établissements de santé
et de services sociaux (2)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 8 février 2017 — Vol. 44 N° 133

Table des matières

Remarques préliminaires	1
M. Gaétan Barrette	1
Mme Diane Lamarre	2
Auditions (suite)	2
M. Jean-Pierre Ménard	2
Ordre des dentistes du Québec (ODQ)	12

Autres intervenants

M. Richard Merlini, président

Mme Lise Lavallée

M. Amir Khadir

- * M. Barry Dolman, ODQ
- * M. Michel El-Hakim, idem
- * M. Matthieu Schmittbuhl, idem
- * Mme Marie-Ève Asselin, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 8 février 2017 — Vol. 44 N° 133

Consultations particulières sur le projet de loi n° 130 — Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (2)

(Onze heures dix minutes)

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

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

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

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

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la secrétaire. En raison des changements effectués hier, nous débiterons ce matin par les remarques préliminaires. J'ai besoin de votre consentement pour permettre au député de Mercier d'avoir un temps prévu pour ses remarques préliminaires. Est-ce que j'ai votre consentement?

Des voix : ...

Remarques préliminaires

Le Président (M. Merlini) : Consentement. Alors, c'est très bien. Alors, nous allons procéder aux remarques préliminaires. M. le ministre, la parole est à vous pour un temps maximum de six minutes.

M. Gaétan Barrette

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, je serai peut-être même plus bref que cela, compte tenu, évidemment, de l'horaire serré que nous avons et du retard que nous avons, malheureusement, pris à notre corps défendant. Mais c'est la vie parlementaire.

Alors, le projet de loi n° 130, M. le Président, c'est un projet de loi qui est complémentaire, dans sa portée et dans ses effets, aux projets de loi précédents qu'on a déposés, particulièrement les lois n° 10 et 20. Et, évidemment, on se rappellera que 10 et 20 sont des lois qui ont été déposées et adoptées avec une finalité qui était très claire et très précise, qui était, d'abord et avant tout, de s'assurer de l'efficacité dans notre système de santé et de faire en sorte que l'efficacité qui découle de la cohérence de nos organisations en vienne à faire en sorte que l'accès et la fluidité de la dispensation de soins... à la dispensation et de la dispensation de soins soient au rendez-vous, ce qui n'a pas été historiquement le cas au Québec.

Alors, la loi n° 130 s'adresse à quelques éléments, pas tous les éléments du réseau de la santé, et vise certains aspects très particuliers. Alors, j'en énumère quelques-uns, là, pour faire ça relativement court, là, je vois que le temps file. Alors, sur le plan organisationnel, on vise à faire en sorte qu'il y ait une cohérence dans l'organisation, une cohérence dans une organisation qui, en réalité, doit être vue comme un réseau. La santé au Québec, il n'y a pas de raison que ce ne soit pas un réseau avec une certaine uniformité. Et non seulement il n'y a pas de raison, quand on regarde les grands ensembles dans d'autres pays, c'est exactement comme ça que ça se fait. Et, quand bien même il y a des autorités plus régionales, il y a une cohérence dans le réseau, dans l'organisation des services, dans l'organisation des soins, dans les plans d'organisation des hôpitaux. Pour faire en sorte qu'il y ait une cohérence, encore faut-il établir un certain nombre de règles. Le projet de loi n° 130 fait en sorte qu'on peut, à terme, faire en sorte qu'il y ait des règles de base qui soient communes pour tout le monde. Ce qui ne signifie pas qu'il n'y a pas des ajustements possibles localement, mais il y a un dénominateur commun, un fil conducteur qui doit être en place.

Le projet de loi n° 130, pour faire en sorte que cette cohérence-là s'exerce, renforce les pouvoirs du P.D.G., c'est vrai, mais, à un moment donné, quelqu'un doit avoir l'autorité pour faire en sorte que cette cohérence-là s'exerce, et le projet de loi vient toucher à certains éléments spécifiques, notamment la gouvernance médicale. On sait que la gouvernance médicale peut parfois poser problème. Évidemment, je l'ai dit à plusieurs reprises, ce n'est pas un problème systémique de gouvernance médicale, mais il y a des problèmes ponctuels suffisamment nombreux pour qu'il soit justifié de faire en sorte qu'on puisse avoir une autorité qui n'est pas coercitive, qui n'est pas policière, qui n'est pas à visée de punir les gens, mais d'avoir le levier approprié pour faire en sorte que, ces écueils-là qu'on voit trop souvent, il y ait quelqu'un qui puisse le corriger. Cohérence, par exemple, non seulement sur le plan de l'organisation, mais sur les ressources informationnelles, donc tout ce qui est technologie d'information, tout ce qui est base de données, et ainsi de suite.

Un élément particulier — et je termine là-dessus — est évidemment la protection des usagers. Il y a des dispositions qui vont être certainement débattues avec beaucoup d'intensité dans les prochaines minutes, qui touchent ce que l'on considère, nous, un renforcement de la protection des usagers en termes de gestion des plaintes et tout ce qui tourne autour de la gestion des plaintes... pas les plaintes comme telles, mais particulièrement sur la situation de la garde imposée d'un patient qui présente un niveau de dangerosité pour son environnement significatif. On en rediscutera, mais, essentiellement, concluons là-dessus, c'est un projet de loi qui vient compléter les projets précédemment adoptés qui, eux, sont le coeur de la réforme. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Je me tourne maintenant vers la députée de Taillon. Votre temps, pour l'opposition officielle, est de 3 min 30 s. À vous la parole.

Mme Diane Lamarre

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Ce projet de loi n° 130, on le regarde et, sur le principe qui est défendu dans le titre, on se dit que ce qui est recherché, le but, est probablement souhaitable. On veut tous plus d'imputabilité dans notre système de santé et on se rend compte qu'il y a des zones où c'est plus difficile. Par contre, on a quand même rencontré un certain nombre de personnes, de groupes jusqu'à maintenant, et les moyens qui sont préconisés par le ministre semblent très, très questionnables par rapport aux résultats attendus.

Et, quand le ministre, d'entrée de jeu, a présenté ce projet-là comme un complément aux projets de loi nos 10 et 20, je dirais en toute collégialité que les quelques amendements qu'on a réussi à arracher au ministre dans le projet de loi n° 10, eh bien, il vient les renverser dans le cadre du projet de loi n° 130. Alors, dans le projet de loi n° 10, on avait convenu que le P.D.G. était nommé par le ministre, mais là le ministre, dans ce projet de loi n° 130, s'ajoute le P.D.G. adjoint. Il introduit le P.D.G. au sein des fondations. Il est responsable également de surveiller et d'approuver le plan d'organisation. Il voit tous les projets, tout projet de règlement du conseil d'administration, du CMDP, du conseil des infirmières, infirmiers, du comité des infirmières auxiliaires, des sages-femmes, du conseil multidisciplinaire et de DRMG. Alors, écoutez, c'est une prise de contrôle majeure.

On est également très préoccupés par le traitement des plaintes, toute l'indépendance qui doit être associée à ce dossier-là. Alors, à l'intérieur d'un projet de loi dont le ministre défend surtout un aspect, on retrouve plusieurs autres aspects, tous au niveau d'une centralisation. Et, malheureusement, on doit dire que, depuis maintenant presque trois ans, toute cette centralisation imposée par le ministre ne nous a pas fourni, d'abord, de garantie d'amélioration de l'efficacité et de l'accès, mais maintenant on est en droit de demander une démonstration de ce que les mesures antérieures ont pu apporter, et on ne l'a pas.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée.

Mme Lamarre : Mais on va y travailler activement.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci.

Le Président (M. Merlini) : Mme la députée de Repentigny, le deuxième groupe d'opposition possède un temps de 2 min 30 s. À vous la parole.

Mme Lavallée : Je vous remercie. Je ne ferai pas de remarques préliminaires, préférant laisser le temps pour les prochains échanges.

Auditions (suite)

Le Président (M. Merlini) : Alors, c'est très bien. Je vous remercie. Ce matin, nous recevons Me Jean-Pierre Ménard et l'Ordre des dentistes. Me Ménard, bienvenue à la Commission de la santé et des services sociaux d'abord et avant tout. Et vous disposez d'un temps de 10 minutes pour faire votre exposé, et, ensuite, on procédera à la période d'échange avec les membres de la commission. À vous la parole, Me Ménard.

M. Jean-Pierre Ménard

M. Ménard (Jean-Pierre) : Très bien. Donc, M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les députés, d'abord, merci de l'invitation à commenter le projet de loi n° 130. Comme le ministre le disait, c'est un projet de loi qui touche beaucoup de facettes. Moi, je vais me limiter strictement aux facettes qui ont un impact plus direct sur les patients. Donc, approuvons en commun, les actifs informationnels, ça a un intérêt plus loin, là, mais je vais me concentrer sur trois éléments en particulier, la garde en établissement, le traitement des plaintes, puis je vais glisser un mot, pour terminer, sur la centralisation.

D'abord, sur la question de la garde en établissement, je tiens à souligner qu'effectivement c'est un point très positif. Puis, effectivement, je pense que le fait que le projet de loi donne suite au rapport du comité consultatif qui a examiné la

loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour autrui... Donc, ce comité-là a fait rapport, effectivement, pour qu'on renforce l'application de la loi, et je suis très heureux de voir que, dans la loi, maintenant, dans le rapport... avec le nouvel article 118.2, le rapport que les hôpitaux vont devoir tenir sur l'application de la loi devrait favoriser beaucoup le respect, effectivement, de cette loi-là parce qu'il y avait quatre grands éléments qui étaient problématiques, les règles de consentement, la durée, l'information aux patients et l'évaluation de la dangerosité. Alors, le cadre va aider à corriger ça. Et qu'on mette ça dans la loi, je pense que c'est une avancée très positive, puis je tiens à le dire aussi, j'appuie totalement cette démarche-là.

• (11 h 20) •

Je ne peux pas en dire autant pour le traitement des plaintes. Dans le cas du traitement des plaintes, c'est malheureux, mais ce qui est proposé dans la loi, ce qui est proposé, d'ailleurs, sans que ce soit très explicite, c'est l'article 11, où on ne dit pas grand-chose, finalement. Tout ce qu'on dit à l'article 11, c'est qu'on dit essentiellement que... c'est-à-dire pas l'article 11 de la loi, du projet de loi, là, on dit que l'article 30 de la loi est modifié pour prévoir qu'une personne qui est membre du personnel de l'établissement peut agir sous l'autorité du commissaire local ou du commissaire local adjoint aux plaintes.

Bon, là, il faut comprendre un peu l'historique du traitement des plaintes. Alors, le traitement des plaintes par un établissement a été introduit dans la loi en 1990. À l'époque, la loi prévoyait que l'établissement doit établir une procédure d'examen des plaintes et que le directeur général désigne un cadre supérieur pour faire le traitement des plaintes qui devra agir sous l'autorité du conseil d'administration. On avait aussi, donc, après ça un droit d'appel à la régie régionale et une troisième instance qui s'appelait le commissaire aux plaintes, il y avait un commissaire provincial aux plaintes.

2001, on change tout ça parce qu'on s'est aperçu que ça avait un problème de crédibilité, puisque c'était très intégré à l'établissement. 2001, on introduit un commissaire à la qualité des services pour remplacer le cadre supérieur. On le fait dorénavant nommer par le conseil d'administration sur recommandation du directeur général. On prévoit, par ailleurs, aussi qu'il pourrait y avoir des commissaires adjoints et que le conseil devra faire rotation dans les tâches qu'on donne au commissaire local ou au commissaire adjoint pour éviter qu'ils se retrouvent en conflit d'intérêts aussi. On crée, par ailleurs, un nouveau poste qui remplace le commissaire, le Protecteur des usagers, et on ramène la procédure à deux paliers, le palier local et Protecteur des usagers.

2005, nouvelle modification pour rendre ça encore plus indépendant où, là, dorénavant, le commissaire, qui s'appelle maintenant commissaire aux plaintes et à la qualité des services, est nommé uniquement par le conseil d'administration. Il n'y a plus d'intervention du directeur général, on prévoit qu'il va devoir se consacrer exclusivement à ses tâches et va devoir faire la promotion de l'indépendance de son rôle aussi. Alors, on limite aussi beaucoup son pouvoir, on dit qu'il ne peut déléguer ses pouvoirs qu'à un commissaire adjoint, et ça se limite à ça.

Alors, tout ça, ça a été fait pour assurer la crédibilité puis l'indépendance du processus de plainte, puis je vous dirais qu'au fil des années moi, j'ai vu passer toutes ces choses-là, on a vu vraiment une amélioration tangible de la crédibilité du processus de plainte à cause de cette indépendance-là.

Là, dans le projet de loi actuel, on remet carrément ça en question, puis je vais vous dire un peu d'où ça vient. Avec le projet de loi n° 10, effectivement, je pense que c'est un effet secondaire inattendu ou non évalué initialement, en fusionnant, disons, par exemple, 11 établissements pour faire un CISSS, on avait 11 commissaires aux plaintes, dorénavant on en a un avec peut-être un ou deux adjoints, mais c'est le même bassin de population que les 11 desservaient avant. Alors, rapidement, les commissaires aux plaintes se sont retrouvés avec une quantité considérable de travail, avec beaucoup moins de ressources pour le faire. Alors là, on a commencé, dans certains établissements, à faire en sorte que des employés de l'établissement participent au processus de plainte.

L'an dernier, moi, j'ai appuyé un comité d'usagers en fournissant une opinion juridique à cet effet-là qui a été acheminée au Protecteur du citoyen pour signaler le fait que ces pratiques-là contrevenaient à la loi. Le protecteur est allé voir le ministre, on leur a dit : Regardez, ça contrevient à la loi. Bien, au ministère, on a répondu qu'on allait simplement faire changer la loi. Je comprends que, le projet de loi n° 130, c'est ça qu'on fait. Mais ce qu'on fait, c'est qu'on le fait sans le dire. Tout ce qu'on dit, tout simplement, c'est qu'un employé de l'établissement peut travailler sous le contrôle du commissaire aux plaintes, mais on n'en dit pas plus. On ne dit pas, entre autres, que le commissaire et le commissaire local peuvent déléguer leurs pouvoirs à ces personnes-là. Pas du tout, la loi réserve l'ensemble du processus de traitement des plaintes personnellement — c'est décrit comme ça à l'article 33 et 36, là — au commissaire ou au commissaire local, ce sont des pouvoirs qui ne peuvent pas être délégués.

Là, on ne le dit pas, mais l'année passée on a publié une circulaire le 4 août 2016. Vous l'avez, je l'ai mise en annexe de mon mémoire, la circulaire du ministère, où on parle un peu de ce que... C'est le sous-ministre Thibault qui parle ici de ce que les employés peuvent faire. Alors, ce n'est pas juste recevoir les plaintes, là, on parle très bien qu'ils peuvent les analyser, examiner les dossiers, et tout ça, puis préparer ce que le commissaire va recommander. Moi, j'ai eu déjà beaucoup de feedback de la part de plusieurs personnes qui ont subi ce processus-là puis, hein, nous appellent pour ça : J'ai fait une plainte de commissaire aux plaintes, c'est-u normal que ce soit quelqu'un, un cadre de l'hôpital qui m'appelle pour savoir qu'est-ce qui se passe? Puis moi, je ne suis pas à l'aise de lui raconter tout ça, je ne sais pas ce qu'il va faire avec ça, puis, écoutez, je... Alors, les gens sont inconfortables avec ce processus-là. Là, en permettant aux employés de l'établissement de faire à peu près ce que le commissaire fait, sauf la recommandation, on le décrédibilise, on enlève une partie de l'indépendance du processus. Là, on fait carrément reculer une conquête importante des usagers, d'avoir un processus interne qui a gagné en crédibilité au fil des années.

Alors, moi, je vous soumets que, malheureusement, au niveau de ce qui est proposé ici, on introduit par la porte d'en arrière une délégation possible du commissaire ou du commissaire local à des employés de l'établissement. Puis là je prends les termes précis de la circulaire du ministère, ils apparaissent dans mon rapport, là, où on permet aux gens

d'analyser les plaintes. Donc, ça veut dire qu'ils vont... une information, ils vont parler aux plaignants, ils vont faire tout ça. Et ça, c'est de nature, bien, bien, bien clairement, à inciter les gens, d'une part, à ne pas porter plainte, ou à accorder moins de confiance, ou à penser que ce processus-là était plus complaisant. Parce que moi, tout au long de ma carrière, j'ai eu l'occasion de voir à quel point ce processus-là était parfois, souvent, complaisant. Il l'est de moins en moins, il est de plus en plus crédible, mais là, avec ce processus-là, on va lui enlever un élément très important de crédibilité. Parce que la crédibilité, ce n'est pas juste l'aspect formel, c'est l'apparence de ce que c'est aussi. Alors, quand, en apparence, ce sont des gens de l'établissement qui traitent une partie des plaintes, qui s'occupent de gérer ça, je vous dis que le citoyen y perd au bout de la ligne aussi.

Parfait. Un petit mot, pour terminer maintenant, sur la question de la centralisation. Alors, effectivement, écoutez, beaucoup de gens ont remarqué encore à quel point le projet de loi centralise encore davantage. Du point de vue des patients, O.K., et de la population, je pense que c'est pertinent de se demander est-ce qu'il y a une plus-value pour les patients puis pour la population à travers toute cette centralisation-là. Voyez-vous, le ministre se donne énormément — puis je le dis avec beaucoup de respect — de moyens de contrôle, et tout ça, puis on se demande quel temps va lui rester pour s'occuper de gérer le reste du système. Parce qu'on est vraiment rendu au niveau de la microgestion, mais, pour les patients eux-mêmes, est-ce qu'il y a une plus-value là-dessus?

Moi, je me promène un petit peu partout à travers le Québec, dans toutes les régions, pour toutes sortes de raisons professionnelles et je suis étonné d'entendre un peu partout les commentaires de la population par rapport au système de santé. Les gens se sentent désemparés, déconcertés, ne se retrouvent plus. Les gens sentent que, même s'ils ont encore leurs installations, ils ont perdu leurs institutions. Les gens sentent qu'ils n'ont pas le moyen d'agir, puis le cas de Sorel, malheureusement, est une illustration un peu triste de ces choses-là, à quel point la population, les communautés n'ont plus d'impact sur le système de santé. Je pense qu'il est important de se requestionner là-dessus pour voir, effectivement, est-ce que la population, qui paie pour le système et à qui le système appartient ultimement, jusqu'où peut-elle avoir de prise là-dessus.

Parmi les mesures de centralisation, aussi on parle encore, effectivement... on parle de la question aussi des privilèges des médecins, que dorénavant le ministre pourra intervenir là-dessus aussi. Je me demande, est-ce que c'est approprié que ce soit le ministre qui s'occupe des privilèges? Pourquoi est-ce que les hôpitaux n'ont pas les pouvoirs suffisants pour contrôler la pratique médicale dans l'hôpital? Moi, je pose la question bien ouvertement: Le statut de libre entrepreneur du médecin, dans un hôpital, a-t-il encore un sens, une finalité et un intérêt? Parce que, jusqu'à maintenant, depuis 50 ans qu'on a ce système-là, ça n'a pas permis d'assurer l'accessibilité et tout ce qui vient avec au niveau, donc, des besoins des patients. Pendant combien de temps encore on va s'acharner simplement à patcher peut-être ce système-là en essayant d'en contrôler les irritants? Je pense qu'il est temps qu'on repense nos modèles d'organisation hospitalière pour... Je pense que le plus simple, ça serait que les médecins soient imputables à l'établissement et que l'établissement ait une véritable mission de livrer la marchandise autant au niveau des services médicaux que des autres services. Alors, mon temps est déjà épuisé. Alors, pour le reste, le mémoire est là avec les références, les commentaires. Alors, je vous remercie de m'avoir écouté.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Me Ménard, 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. M. le ministre, vous disposez de 18 minutes, à vous la parole.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, bonjour, Me Ménard. Alors, d'entrée de jeu, je vois que vous vous inscrivez dans les très nombreux commentaires qui sont faits par différents observateurs, qui ont une portée parfois qualificative, qualifiante et parfois plus précise sur le plan juridique, mais je vais commencer par y aller dans la précision plus juridique. Je ferai mes commentaires en réponse à vos commentaires éditoriaux.

Sur la garde, je suis content que vous constatiez qu'il y a là une avancée sur le plan légal et je vais vous poser la question très simple: Moi, je pense que c'est très bien, là, ce qu'on fait là, mais vous, dans votre approche, qui reflète votre carrière d'implication, de protection des usagers et de causes, de diverses poursuites, est-ce qu'on devrait aller plus loin? Puis je vais vous poser ma question plus précisément, est-ce qu'on doit avoir une ordonnance de traitement au même moment que la garde?

M. Ménard (Jean-Pierre) : D'abord, je pense que non parce que la loi qui régit la garde vise à traiter un aspect de la maladie mentale qui est la dangerosité, point.

M. Barrette : On s'entend là-dessus.

• (11 h 30) •

M. Ménard (Jean-Pierre) : D'accord. Donc, ce n'est pas une loi de traitement. Deuxièmement, c'est une loi qui se fait dans un certain contexte d'urgence presque tout le temps, on n'a pas le temps d'évaluer toute l'histoire de la personne, les paramètres, l'histoire médicale, et tout ça, puis définir un bon traitement, et tout ça. Ça, d'habitude, il y a une autre procédure légale, l'autorisation judiciaire des soins. Il y a l'article 16 du Code civil qui règle ces choses-là, qui... dans un autre contexte.

Il faut arrêter de penser puis d'attendre de cette loi-là sur la garde... d'en faire une loi de traitement. Ce n'est pas une loi de traitement, c'est une loi uniquement de protection. Le traitement, il faut l'expliquer à la population puis l'expliquer au monde de la santé aussi, c'est un autre processus aussi, puis il faut penser aussi que ce n'est pas non plus en assouplissant cette loi-là qu'on va régler le problème parce que le... Pardon. Je sais que les familles sont déçues de ce que le

cadre de référence a proposé, puis certains psychiatres aussi, parce qu'on réclame depuis longtemps un assouplissement de la loi sur la garde pour permettre le traitement, alors que ce n'est pas le but du tout, puis ce n'est pas les mécanismes, puis le...

Je suis heureux de voir que le choix que vous faites est d'aller dans le sens d'une plus grande protection des droits des patients. Je pense que ce qu'il faut travailler, c'est peut-être travailler à mieux expliquer aux familles et aux psychiatres aussi que ce qu'il faut qu'on travaille à développer — puis c'est un message aussi qui vous concerne plus directement aussi — c'est le développement des ressources de première ligne puis les ressources dans la communauté en santé mentale. Comment ça se fait qu'on n'a pratiquement pas de soins à domicile en santé mentale? Comment ça se fait que le seul recours des parents, quand leur grand garçon de 33 ans schizophrène est dans le salon depuis trois mois puis qu'il devient agressif, c'est d'appeler la police puis le faire amener à l'hôpital par les policiers? On pourrait penser à d'autres manières d'organiser les soins? Puis ça, ça touche moins le légal que l'organisationnel, mais je pense qu'il faut vraiment qu'on travaille, au niveau de la communauté, à développer ces choses-là.

La réponse aux parents, ce n'est pas de leur dire : On va assouplir la loi puis on va moins protéger les patients. Là, vous créez une autre sorte de problème parce que les patients ne se laisseront pas faire non plus, puis c'est clair qu'il y a beaucoup de monde aussi qui considère que l'état actuel du droit, pour les patients, c'est une avancée, O.K., puis c'est une évolution de la société, je pense, qui est correcte aussi. Alors, c'est pour ça, je pense, qu'il faut qu'on travaille à répondre à l'argument là où il faut qu'il soit mis. Si on veut favoriser le traitement, c'est d'abord de déployer des ressources là où elles seront le plus utiles — ce n'est pas nécessairement un hôpital, là, là où elles seront le plus utiles — puis les rendre accessibles aussi. On verra après ça, les mesures légales qui touchent l'autorisation de traitement, s'il y a lieu de les assouplir.

M. Barrette : Je comprends bien votre commentaire puis l'approche que vous avez de ce sujet-là, mais je vais vous exposer mon dilemme. Puis c'est un vrai dilemme, un vrai, vrai dilemme, qui est à la fois politique et professionnel dans mon cas. Même si je ne fais pas de psychiatrie, je comprends bien l'enjeu, par contre. Au moment où la personne est dangereuse, elle est dangereuse, et là on a une garde qui est juridiquement imposée. Peu importe le niveau, là, on comprend qu'il y a plusieurs niveaux, là, mais, à ce moment-là, la personne qui est dangereuse pour elle-même et autrui — et surtout pour autrui, peut-être, là, dans la question de la garde, mais pas uniquement — à ce moment-là, ce n'est pas des ressources à domicile qui vont commencer ou réussir un traitement, il y a un moment où cette personne-là, par respect de ses droits, peut dire non à un traitement, alors que le traitement, à ce moment-là de dangerosité, pourrait lui être sinon utile, certainement pertinent. C'est comme ça que moi, je vois le dilemme.

M. Ménard (Jean-Pierre) : Si vous me permettez, d'abord il y a les règles de l'urgence qui permettent de traiter quelqu'un sans consentement dans certaines situations, qui peuvent s'appliquer de façon particulière dans les cas de garde. Pas dans tous les cas, dans certains cas, quand la personne est en crise psychotique, est inapte à consentir, elle peut être traitée d'urgence, il n'y a pas de problème là. Alors, ça, ça règle une partie du problème.

Deuxièmement, c'est que le fait d'amener les gens à l'hôpital, il ne faut pas penser que... Tu sais, chaque année, au Québec, il s'émet, quoi, peut-être 4 000, 5 000, 6 000 ordonnances de garde par année, c'est une quantité assez considérable. Puis on peut peut-être avoir des vrais chiffres aussi, là, bon, ce n'est pas ces 4 000, 5 000, 6 000 là qui refusent tous les soins qu'on leur propose, la grande majorité des personnes qui se retrouvent sous garde, pendant qu'elles sont à l'hôpital, développent avec l'équipe traitante, à cause de l'expertise de l'équipe, des alliances thérapeutiques, qui fait que, dans beaucoup, beaucoup de cas, les gens vont initier des plans de soins, ils vont commencer à être traités, et tout ça. Ça va juste être une petite partie qui va refuser ces choses-là.

Et, par ailleurs, pendant qu'ils sont à l'hôpital, quand on regarde la moyenne des ordonnances, ça va être 21 à 30 jours, c'est un temps amplement suffisant pour permettre au personnel de l'hôpital de décider si, dans un cas particulier, il y a lieu d'aller chercher une autorisation judiciaire des soins, une procédure qui se fait très rapidement, puis il faut que les tribunaux accordent... Écoutez, les ordonnances de garde, c'est accordé à peu près à 98 % des cas. Les autorisations de soins, c'est accordé à peu près à 97 % des fois. O.K.? Alors donc, on a le temps de le faire.

Mais ce qu'on voit sur le terrain, c'est que toute l'articulation entre la garde et le traitement est mal connue même des gens qui appliquent ça, des psychiatres puis des professionnels de santé qui... Dans beaucoup, beaucoup de milieux, on s'aperçoit que les gens saisissent mal la relation entre les deux, se servent de la garde pour faire du traitement puis se servent du traitement pour faire de la garde, puis sans nécessairement bien comprendre ces choses-là. Alors, il y a un travail d'éducation puis de formation.

Puis le cadre de référence, puis j'ai vu le document, là, qui va être rendu public bientôt, mais... Le document de consultation, il va être excellent pour clarifier ces choses-là, mais il y a un travail d'éducation puis de formation. Avant de commencer à rebrasser les droits des patients, on a un travail, je pense, je vous dirais, de compréhension, puis d'éducation, puis d'évaluer... Écoutez, bien fait, là, il n'y a pas de raison qu'on ne cible pas les cas où c'est nécessaire. Puis je comprends ce que vous me dites, est-ce qu'on ne pourrait pas en profiter pour faire d'une pierre deux coups? Attention, en matière de droit, de faire d'une pierre deux coups, des fois on... Bon. Mais je pense qu'il y a un processus à bien connaître puis à apprivoiser. Parce que je comprends votre préoccupation, puis elle est légitime, puis elle est celle de beaucoup de monde dans le milieu, mais la clé, c'est de comprendre comment tout ça s'articule.

M. Barrette : Méprenez-vous pas sur... je n'ai pas affirmé des intentions, là, je vous dis juste quel est le dilemme, là. Mais, avec votre réponse, je comprends que, dans votre lecture ou les conclusions que vous tirez de votre expérience, c'est que — puis corrigez-moi si j'interprète mal vos propos — si vous parlez d'éducation, ça veut dire que vous constatez, dans la pratique, que les psychiatres hésitent — en tout cas, c'est les psychiatres, normalement, là — à

suivre la procédure qui est déjà prévue dans les lois pour une ordonnance de traitement probablement parce qu'ils ne veulent pas aller à la cour.

M. Ménard (Jean-Pierre) : Bien, ça, c'est une des choses. Puis je m'aperçois aussi qu'il y a un certain degré, je vous dirais, de méconnaissance. Moi, j'ai le privilège de donner le seul cours de psychiatrie légale qui se donne au Québec, programme de maîtrise en droit de la santé de Sherbrooke, puis les gens à qui j'enseigne, dont une partie, des gens du milieu de la santé mentale, je suis étonné de voir que c'est la première occasion que les gens ont de faire l'apprentissage des règles. Puis, une fois qu'on les a apprises, ces règles-là, elles s'articulent bien. Les difficultés viennent — puis on le voit, nous, dans un grand nombre de dossiers — d'une certaine forme de méconnaissance. Parce que, écoutez, la psychiatrie légale, les psychiatres l'apprennent par des médecins. Ce n'est peut-être pas la meilleure approche, c'est comme si un avocat enseignait l'anatomie. Alors, c'est des choses qu'il faut bien comprendre. On ne peut pas comprendre juste la question de la non-responsabilité criminelle puis dire : On a fait le tour de la psychiatrie légale, là.

Alors, il y a un problème de formation des psychiatres, problème de connaissances, d'application pratique. C'est pour ça, je pense, qu'avec le nouvel article 118.2, je pense que ça devrait aider considérablement. Puis, avec ce que vous allez mettre en termes d'orientations, je pense que ça devrait clarifier beaucoup le portrait. Parce que je pense que votre dilemme, il est bien réel, puis on le voit sur le terrain, c'est ça. O.K.? Mais je pense que ce dilemme-là, il peut se résoudre juste par qu'on prenne le temps de s'asseoir puis regarder comme il faut. Parce qu'il est possible qu'il y ait des milieux qui crient à l'impossibilité d'appliquer ce que vous demandez là, alors que, si on applique bien la loi, ça va aller assez facilement.

M. Barrette : Parfait. Merci pour ce commentaire-là. Bon, sur la question des plaintes, je vais vous rassurer, l'objectif n'est pas de revenir en arrière, et d'aucune manière. Je comprends, j'ai lu votre mémoire... Bon, je l'ai reçu seulement ce matin, là, et j'ai pris le temps de le lire avant de venir, et il est explicite, il n'y a pas de doute là-dessus, puis vous soulevez des points qui m'apparaissent pertinents.

Ce que je comprends de votre propos et de votre mémoire, votre critique est, d'abord et avant tout, basée sur la non-indépendance de certaines personnes, particulièrement les personnes à qui on donne certaines responsabilités de collecte de données et, comme vous l'avez exprimé, de certaines analyses. Je comprends votre point, je pense que votre point est légitime. Alors, je vais vous soumettre ceci, si ces gens-là qui sont l'objet de délégation de certains gestes ou de certaines procédures se voient, dans la loi, attribuer une exclusivité de fonction, est-ce que ça, ça répondrait, à ce moment-là, à vos critiques?

M. Ménard (Jean-Pierre) : Je pense qu'il faudrait que ce soit clair parce que, regardez bien, dans la directive du ministère — puis je pense que c'est elle qui est appliquée déjà un peu partout, là — on dit à la deuxième page, bon... c'est-à-dire on parle, on dit, bon, alors : « Cette équipe — on parle de l'équipe sur le traitement des plaintes — peut être composée de professionnels, de techniciens ou d'agents administratifs syndiqués non syndiqués. » Bon. Puis là on dit : « De plus, l'établissement doit s'assurer que cette équipe est dédiée exclusivement à l'exercice de ses fonctions... » Bon, le problème, c'est que, quand on dit... Écoutez, je me mets seulement dans la peau du citoyen qui fait sa plainte, là, puis qui se fait appeler par quelqu'un qui n'est pas du commissaire aux plaintes, mais quelqu'un qui dit : Bien, écoutez, moi, je suis conseiller cadre à l'établissement, je fais telle affaire, j'aide le commissaire aux plaintes ou je... bon, puis là il faudrait que vous me donniez plus d'information sur qui est impliqué, qu'est-ce qui s'est passé, et tout ça, c'est ça, je pense, c'est la confusion des genres.

Je pense que, si on veut que ces gens-là s'y consacrent exclusivement, y a-t-il, quelque part, lieu de faire en sorte que, par exemple, soit que le conseil d'administration les désigne directement puis qu'on établit bien clairement qu'ils n'ont plus d'imputabilité hiérarchique envers d'autres... Parce que le problème, il est là, c'est qu'un chef de service, par exemple, qui est impliqué dans ce processus-là, par ailleurs, voit passer une plainte qui peut concerner ou peut avoir un impact sur son service éventuellement, va-t-il proposer au commissaire aux plaintes le même genre de recommandation que quelqu'un qui n'a aucune de ces attaches-là puis qui regarde les droits du patient de façon pure?

L'idée, c'est qu'on a voulu essayer de faire en sorte que les gens qui traitent les plaintes ne soient pas influençables par des considérations autres, personnelles ou professionnelles, là, dans le traitement des plaintes, ils sont là pour répondre aux besoins de l'usager. Alors, dès qu'on introduit d'autres sources possibles d'influence, que ce soit hiérarchiques, professionnelles, économiques, peu importe ce que ça peut être, on ouvre la porte, d'après moi, à altérer le processus. C'est pour ça que je vous dis que la formulation qui est dans le projet de loi, elle n'est pas appropriée, d'après moi, pour... D'abord, elle ne permettra pas à ces gens-là de faire quoi que ce soit qui relève du commissaire. Puis ce qui relève du commissaire, ce n'est pas juste faire des recommandations, là, c'est accueillir la personne, lui offrir de l'assistance, analyser la plainte aussi, et tout ça, là.

• (11 h 40) •

Mais formulé comme c'est formulé là, d'après moi, ce qu'on apprend en droit administratif en première année d'université, *delegatus non potest delegare*, ce qui a été délégué ne peut pas être délégué, on est un peu dans ce problème-là. La loi ne le dit pas, la loi ne le dit pas clairement, ce que va faire cette personne-là. On dit : Le commissaire peut travailler pour le commissaire, puis il y a des immunités, mais le citoyen ne sait pas que cette personne-là va analyser sa plainte, va pouvoir lui demander de l'information, va avoir accès à son dossier médical, éventuellement, va avoir accès à d'autres choses, des éléments qui ne sont peut-être même pas dans son dossier, mais qui relèvent, par exemple, de la plainte, par exemple, savoir qu'un tel l'a traitée de telle manière ou qu'il s'est passé telle affaire ou telle affaire.

C'est délicat, puis je vous le dis, là, l'indépendance et la crédibilité, c'est une conquête qui s'est faite au fil des années après d'innombrables constats à quel point c'est important pour que ce processus-là puisse permettre au système de santé d'avoir un véritable input. Le système de plaintes, il est là, là, c'est un moyen d'avoir de l'input aussi des

patients par rapport aux services sans que les gens soient obligés de faire des poursuites. Un système de plaintes crédible a un effet à la baisse du nombre de poursuites, puis je viens vous dire bravo, O.K., il faut que ça soit comme ça, O.K., mais il faut le travailler, il faut qu'on défende bec et ongles la crédibilité du système, puis je vous dis juste, comme c'est formulé là, d'après moi, ça prête à confusion, ça ne permet pas au commissaire de déléguer les pouvoirs que la loi lui donne, ça ne le permet absolument pas, ce qui fait que cette délégation pourrait être illégale aussi, quant à moi.

M. Barrette : L'article 63 de la LSSSS actuelle, là, il permet de déléguer. 63, là : «Un commissaire régional aux plaintes — bon, dans le temps qu'il y avait des commissaires régionaux, là — et à la qualité des services est nommé par le conseil d'administration.

«Le commissaire régional relève du conseil d'administration. Il est seul responsable envers ce conseil de l'application de la procédure d'examen des plaintes. Une personne qui est membre du personnel de l'agence peut agir sous l'autorité du commissaire régional pourvu que le plan d'organisation de l'agence le permette.»

M. Ménard (Jean-Pierre) : Ce que je vous dis, c'est : Regardez, là, il n'y a aucun problème à ce qu'un commissaire aux plaintes puisse demander à quelqu'un, par exemple, de l'assister en termes, je vous dirais, de travail clérical ou tout ça. Bon. Mais, lorsqu'on parle de la substance du travail du commissaire... puis là ce que je vous dis, c'est que moi, je vous ramènerais plutôt à ce qui touche le commissaire en établissement, là, parce que ce qui arrive, c'est que, pour le commissaire régional, on a abrogé ces dispositions-là avec le... O.K.? Bon, alors...

M. Barrette : Juste pour la compréhension de notre conversation, là, on a reproduit ça dans le cadre actuel.

M. Ménard (Jean-Pierre) : C'est ça. C'est ça.

M. Barrette : C'est la même disposition. La disposition était la même avant, puis je n'ai pas entendu personne la contester ouvertement, là.

M. Ménard (Jean-Pierre) : Non. Alors, ce qui arrive, c'est que l'article 32, actuellement... l'article 32, qui touche... Parce que, là, on parle de la plainte au niveau de l'établissement, là, alors on dit : «Sous réserve du quatrième alinéa de l'article 30, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ne peut autrement déléguer ses fonctions.» L'article 30 prévoit qu'il peut déléguer au commissaire adjoint, point. Alors, moi, c'est... là, il y a peut-être une contradiction au niveau de la loi, mais n'oublions pas que tout ce qui touche la question du processus régional, avec le projet de loi n° 10, on s'en est remis à la procédure applicable aux établissements, on n'a pas dit : En cas de contradiction, la procédure, au niveau régional, va primer sur celle au niveau de l'établissement. Ce que je vous dis, c'est que formulé comme c'est formulé là, la loi est assez claire, article 32, que le commissaire local ne peut pas déléguer ses pouvoirs autrement qu'au commissaire adjoint, point. Il ne peut pas déléguer à une personne engagée par l'établissement le pouvoir de faire l'analyse d'une plainte. L'analyse, là, c'est le coeur du traitement. O.K.?

M. Barrette : Je comprends ce que vous dites, je reçois ça positivement.

Il me reste à peu près deux minutes, Me Ménard, alors je vais répondre à votre partie éditoriale par une partie éditoriale, là. Alors, vous le faites régulièrement, alors, vous m'affublez de volontés de microgestion. Bien, c'est parce qu'à un moment donné, là, vous allez être d'accord avec moi ou non, là, mais, à un moment donné, il doit y avoir des règles, là. Et, quand vous vous posez la question : Comment ça se fait que le ministre va faire ceci et faire cela?, là, regardez, le plan d'organisation, là, c'est un organigramme, là. Ça ne prend pas un Ph. D. en organigrammes, puis ce n'est pas un travail à temps plein de regarder l'organigramme, là. Alors, le plan d'organisation, ce n'est pas une banalité, mais ce n'est pas quelque chose qui est complexe, et il m'apparaît tout à fait normal qu'un réseau ait une cohérence. Donc, juste pour vous donner un exemple, là, vous savez très bien, comme moi, que, d'un milieu à l'autre, là, tout le monde veut avoir un statut différent. Un ORL, dans un hôpital, veut être un département. Ailleurs, c'est un service. Une autre place, ça peut être un institut. C'est parce qu'à un moment donné, là, ça a des conséquences qui sont toujours des conséquences organisationnelles et financières, et un réseau doit avoir une cohérence.

Vous avez vous-même évoqué Sorel, puis vous l'avez évoqué très négativement, on va revenir sur Sorel. Sorel, c'est une question d'organisation des services en cancérologie, et non, ce n'est pas vrai que tout le monde peut développer ce qu'il veut dans son patelin sans la connaissance appropriée des choses. Vous conviendrez avec moi que, sur les fondations, qui sont des gens extrêmement bien intentionnés qui travaillent pour l'institution au nom de la population, bien, à un moment donné, il y a une situation où quelqu'un doit trancher par manque d'expertise, et ça, il me semble que c'est le rôle de l'État de faire certains arbitrages, non pas aller faire de la microgestion, mais faire des arbitrages systémiques. Et de vous entendre me reprocher cette volonté de faire ces arbitrages-là, ça m'étonne un peu.

Pour ce qui est... Puis je vais terminer mon commentaire, puis je vais vous laisser la parole parce que mon commentaire va se terminer par une question. Je pense que vous êtes bien au fait de toutes les problématiques qui existent avec les privilèges. Et, de tous les — on va dire — écueils que le réseau vit par manque d'obligations bien établies et/ou, si elles sont établies, par respect de ces obligations-là... Et je vais vous poser une... Bien, élaborer donc sur le modèle que vous voudriez voir dans le système de santé, à propos duquel vous dites qu'il est temps de reformuler la chose.

Le Président (M. Merlini) : Comme vous avez entendu, ça met un terme à l'échange avec le ministre.

M. Barrette : Dommage.

Le Président (M. Merlini) : Mme la députée de Taillon, permettez-vous à Me Ménard de répondre à la question?

Mme Lamarre : Oui, tout à fait, en quelques minutes.

Le Président (M. Merlini) : O.K. Allez-y, Me Ménard.

M. Ménard (Jean-Pierre) : D'abord, très loin de moi l'idée de penser que le ministre n'a pas le droit de faire des arbitrages et cordonner tout ça. Je pense que le réseau doit avoir une cohérence, je vous suis bien, bien, bien là-dessus. Par contre, c'est de voir où on l'applique puis comment on l'applique aussi. Puis je pense aussi, dans le cas de Sorel, si vous me permettez, ce n'est pas juste une fondation, là. Là, c'est les gens qui donnent des services, la population, les gens qui ont défini ensemble un projet. Je pense qu'il faut que le système soit capable d'avoir un petit peu de sensibilité ici et là. Et je comprends que c'est vous, l'arbitre ultime, mais il faut aussi, je pense, être capable, je vous dirais, de gérer la sensibilité de certains milieux ou les particularités de certains milieux aussi plutôt qu'avoir un modèle qui est mur à mur, c'est le danger de la centralisation.

Quant au modèle que je souhaite éventuellement, écoutez, malheureusement, je n'ai pas le temps de vous l'élaborer, mais c'est clair que, écoutez, il faut qu'on repense le modèle qu'on a. Il existe d'autres modèles d'organisation hospitalière où les médecins sont plus imputables, où l'établissement a plus de contrôle. Il y a toute une série de choses qui peuvent être examinées, puis je ne parle pas, moi, du salariat des médecins dans l'hôpital, rien de tout ça, là, je ne parle pas de la rémunération, je parle de l'organisation, on peut faire en sorte que les médecins deviennent... Moi, ce que je pense qu'on devrait... ça devrait être le CISSS qui est l'organisation imputable sur une base régionale de l'ensemble des services, incluant les services médicaux. Parce que, là, le CISSS, c'est énormément de pouvoirs, mais pratiquement rien sur les services médicaux. Il faut absolument qu'on organise ça autrement, et plus, et mieux, quant à moi, ça va... Puis je pense aussi que, sur le plan économique, il y aurait des avantages importants. Ça me fera plaisir d'échanger plus tard dans un autre contexte sur les modèles.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Me Ménard. On a pris le temps sur le temps de la présidence. Alors, Mme la députée de Taillon, représentant l'opposition officielle, vous avez un bloc de 10 min 48 s. A vous la parole pour votre échange.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Merci de votre générosité aussi, de ne pas avoir amputé notre temps.

Alors, bienvenue, Me Ménard. Vous parlez, bien sûr, là, du commissaire, et, tantôt, le ministre vous a donné le temps de présenter un peu votre vision. Moi, je suis très sensible à la notion de maintenir la crédibilité et je pense que l'ensemble d'une oeuvre d'un ministre, quel qu'il soit, doit être capable de maintenir les processus qui ont pour mission d'évaluer ce qui est fait, et ça, ça démontre qu'on a confiance dans ce qu'on a fait et qu'on est prêt à s'exposer à des processus qui vont lever le drapeau rapidement s'il y a des éléments à corriger, qui vont nous donner l'heure juste quand il y a des éléments qui sont déjà positifs.

Qu'est-ce que vous préconisez, vous, comme modèle? Parce que tantôt, quand le ministre a cité la LSSSS, c'est une LSSSS qui, à ma connaissance, là, n'a pas été encore mise en concordance avec le projet de loi n° 10 et, donc, c'est une LSSSS qui, à cette époque-là, sur un territoire, on pouvait avoir 13 lieux physiques, et chaque lieu physique avait son commissaire. Donc, c'est sûr qu'un commissaire, dans ce contexte-là, pouvait avoir des gens, des employés qui travaillaient à son service, mais la cueillette d'information, elle se faisait par le commissaire. Et là le modèle qui est développé, c'est que les gens qui ont un lien d'emploi avec l'établissement, avec l'hôpital, par exemple, vont être ceux qui recueillent... Moi, je l'ai vérifié, là, et, dans des CISSS et des CIUSSS, c'est comme ça que ça se passe, ce sont des gens qui ont des liens d'emploi qui recueillent la plainte. Alors, ça crée, effectivement, un malaise.

Donc, qu'est-ce que vous préconisez, vous, dans un contexte où il y a eu une centralisation? Pourquoi on n'a pas plusieurs commissaires?

• (11 h 50) •

M. Ménard (Jean-Pierre) : C'est clair que l'articulation entre le projet de loi n° 10 puis la LSSSS reste encore à parfaire. Puis je pense que, d'ailleurs, ce qu'on voit avec les commissaires aux plaintes, c'est un effet inattendu et insoupçonné du projet de loi n° 10 parce qu'on s'est aperçu rapidement qu'il y aurait quelque part un embouteillage, parce qu'on a le même nombre d'usagers, mais sur un plus grand territoire avec moins de ressources pour traiter les plaintes. Alors, plutôt que juste prendre le risque de voir les délais s'étirer ou les plaintes mal traitées, on a cherché des palliatifs. Puis je ne critique pas le fait qu'on ait cherché des palliatifs, je vous dis : Ce palliatif-là, d'après moi, ne m'apparaît pas aller avec toute la philosophie qui a été amenée par le développement de cette structure-là qu'on a actuellement. Moi, je pense qu'il faut qu'on recherche d'autres moyens.

Le modèle précis, il peut être rediscuté, là, mais c'est clair que, quelque part, il faut que le... Du point de vue du patient, ce qui est important, c'est que la personne qui l'appelle pour avoir des renseignements puisse dire : Bien, moi, je suis le commissaire aux plaintes ou je suis du bureau du commissaire aux plaintes. J'ai besoin de plus de renseignements, j'aurais besoin d'accès, que vous me donniez des documents, que vous me disiez un peu plus qu'est-ce qui s'est passé avec le chef de département, ou avec le chef de service, ou avec l'infirmière-chef. Sentez-vous à l'aise de me parler, là, vous êtes dans la structure du commissaire. Le fait de dire que c'est un employé de l'établissement qui travaille pour le commissaire et que... sur le plan pratique, ce qu'on s'aperçoit, par ailleurs, c'est que, même si tantôt le ministre parlait d'exclusivité, qui est une idée intéressante aussi, là... mais, dans la vraie vie, là, beaucoup de ces gens-là qui participent aux plaintes ne font pas juste ça, ils ont d'autres activités qui peuvent être liées, des fois, proches de ça, mais qui ne font pas juste ça.

Alors, je pense que, dans la mesure où on n'a pas hésité à dire pour le commissaire : Il relève exclusivement du conseil d'administration, il s'occupe exclusivement de ces fonctions-là, bien, est-ce qu'on ne devrait pas le dire un peu plus loin dans la loi pour d'autres personnes aussi tout en... Ça n'empêchera pas le lien juridique avec l'établissement, mais ça va éviter le lien d'apparence hiérarchique avec, quelque part, une autre autorité que le commissaire aux plaintes. Parce que, s'il travaille pour l'établissement, est-ce que la seule autorité de cette personne-là, c'est le commissaire aux plaintes ou, quelque part, il serait imputable à d'autres personnes? Alors, je pense qu'il faut qu'on travaille à raffiner le modèle, c'est-à-dire il faut qu'on concilie deux impératifs. C'est essentiel que le commissaire aux plaintes ait les ressources qu'il faut pour traiter les plaintes — ça, c'est le rôle du comité de vigilance de s'assurer que le commissaire aux plaintes a toutes ces ressources-là — mais, par ailleurs, il faut qu'on s'assure que la manière dont on attribue les ressources n'affecte pas les gains qu'on a faits en termes de crédibilité puis d'indépendance. Alors, c'est pour ça que je pense qu'il faut qu'on revoie le «wording» de l'article 11, la formulation.

Mme Lamarre : Donc, il y a des options pour préserver, et moi, je pense aussi que, quand quelqu'un va se présenter comme commissaire adjoint, pour le public, ce n'est pas nécessairement clair, qu'est-ce que ça représente, et cette ambiguïté-là, elle peut seulement desservir. Si le citoyen n'est pas satisfait, le patient n'est pas satisfait, il va contester sur la base de ça. Alors, on s'expose à des contestations inutiles.

Je veux juste prendre quelques minutes parce que le temps file vite. Tantôt, on a parlé de centralisation. Le ministre a évoqué l'exemple de Sorel, et vous en avez parlé aussi. Ce qui est préoccupant, je pense, c'est que, quand on veut tout concentrer et tout faire, bien, on risque de ne rien faire comme il faut. Et, quand on regarde le dossier de Sorel, ce n'est pas la fondation qui s'est levée un matin puis qui a dit : Nous, ça nous prendrait un bronchoscope. Il y a eu une demande, et cette demande-là, elle a été transmise au CISSS, au CIUSSS... Dans différents dossiers, ça pourrait être un CIUSSS, mais là c'était un CISSS, qui était d'accord, qui était au courant de ça. Alors, le fait de vouloir tout concentrer le pouvoir et de ne pas informer le CISSS et le CIUSSS des grands plans d'orientation, ça fait en sorte que des situations comme celle-là sont susceptibles de se reproduire de façon multiple et de désengager les gens de contribuer aux fondations.

Alors, ce n'est pas une initiative personnelle de la fondation d'avoir choisi ça, il y avait une approbation du CISSS, et je pense que la structure optimale, ça devrait être que le ministre informe les CISSS et les CIUSSS, mais leur réserve une certaine autonomie, leur permette de prendre des décisions éclairées en fonction, vraiment, d'une information transparente et complète sur les plans d'organisation qui sont prévus. Et là on semble avoir fait les choses dans l'autre direction, mais clairement la fondation a eu l'autorisation du CISSS d'acheter ce bronchoscope-là. Donc, le problème, il n'est pas entre la fondation... il est vraiment entre la structure centralisatrice du ministre et sa capacité de passer des messages déjà seulement à 17 organisations, et là il s'accapare le contrôle de milliers d'organisations, dans le fond, sur lesquelles il veut jeter un regard constant.

Alors, qu'est-ce que c'est, votre analyse?

M. Ménard (Jean-Pierre) : Bien, écoutez, moi, je pense que... peut-être plus politique que purement juridique, mais il y a une compréhension juridique aussi là-dedans, là, parce que je ne suis pas sûr... parce que, même si le ministre a tous ces pouvoirs-là en vertu du projet de loi n° 10, je ne suis pas sûr que ça concorde bien non plus avec certaines de ses obligations en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, dont, entre autres, une obligation d'adapter les services pour répondre aux besoins des communautés, des régions et des groupes aussi. Je pense que c'est quelque chose qui devrait être regardé aussi.

Mais c'est clair aussi, par ailleurs — puis moi, je vous dis ce que je ressens — c'est qu'il y a une attente des communautés puis des populations d'essayer de recouvrer une certaine capacité d'influencer. Pas nécessairement de décider... puis de mettre des gens des communautés sur tous les postes de décision, mais une certaine capacité d'influencer l'adaptation des services sur une base locale. Je pense qu'on est peut-être parti d'un extrême, puis on est rendu peut-être à l'autre, là, mais moi, je pense qu'il faut être extrêmement attentif à la sensibilité des communautés par rapport à ces besoins-là, qui, au-delà d'un modèle uniforme puis au-delà des arbitrages nécessaires que fera tout le temps le ministre et le gouvernement... il y en aura toujours, il n'y a aucun système parfait pour ça, mais je pense qu'il faut qu'on fasse attention à la sensibilité locale parce que... puis surtout quand ça touche des clientèles plus vulnérables aussi, je pense qu'il faut être doublement à l'écoute aussi si on a affaire à beaucoup de personnes âgées, malades, des gens qui n'ont pas nécessairement les ressources optimales, tu sais. Puis je pense toujours à l'article 3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui dit : La raison d'être du système est la personne qui requiert les services. Est-ce qu'on adapte les services en fonction des personnes ou les personnes en fonction des services? Alors, il y a un équilibre qu'il faut chercher là.

Mme Lamarre : Merci. Une dernière question. Dans la section du projet de loi qui concerne la mise sous garde, vous avez parlé, là, de tout ce qui était nécessaire, je vous dirais, à la sortie de l'hôpital ou après le diagnostic de ces patients-là. Et on l'entend beaucoup, et vous, vous êtes exposé à des situations, en général, dramatiques quand les gens vous consultent, est-ce que vous considérez que le suivi psychosocial est approprié pour les gens qui ont des problèmes de santé mentale actuellement au Québec?

M. Ménard (Jean-Pierre) : Moi, bien, plusieurs fois par année, des cas, par exemple, de gens qui se sont suicidés en sortant de l'hôpital ou des familles, des gens qui ont été victimes d'une agression de la part de quelqu'un qui est sorti peut-être un peu trop vite de l'hôpital ou qui décompense dans la communauté puis qui n'a personne pour le ramasser autre que la police à un moment donné aussi, c'est des affaires qu'on fait, puis je pense qu'il n'y a pas une semaine qu'on n'écrit pas une lettre quelque part pour essayer de favoriser l'accès à des services. Bon.

C'est clair qu'au niveau des services psychosociaux on est très... ça, c'est le parent pauvre du système, là. Trop souvent, la santé mentale, c'est perçu comme étant hôpital, psychiatre, pilules, et ce n'est pas ça. La santé mentale, c'est beaucoup plus que ça, il faut que ça soit autre chose que ça, mais c'est perçu de même beaucoup par les familles et les patients aussi. Puis je pense que, quand je disais qu'il faut qu'on repense le redéploiement des ressources dans la communauté en santé mentale puis l'organisation des soins en santé mentale pour les rapprocher des personnes plutôt que rapprocher les patients de la salle d'urgence avec la police... je pense qu'il y a peut-être moyen de voir ça autrement, et je pense qu'on peut faire du travail là-dessus, puis je pense que c'est beaucoup plus une question de changement de culture, puis d'organisation, puis de la manière d'affecter les ressources. Aussi, là-dessus, c'est beaucoup trop centré sur le modèle médical hospitalier actuellement, ça devrait être beaucoup plus... Moi, personnellement — puis tout le monde dit ça, je n'invente rien en disant ça, je l'ai vu dans toutes les littératures, là — les modèles d'intervention psychosociale ont fait leurs preuves aussi, mais le problème, c'est qu'ici ce sont vraiment les parents pauvres du système, là, on a coupé des postes dans ces domaines-là dans plusieurs équipes plutôt que de développer les ressources.

Mme Lamarre : ...dans le plan d'organisation 2015-2020 en santé mentale, c'est prévu, entre autres, les logements supervisés, et il y a plusieurs mesures qui sont prévues, mais on ne les voit pas apparaître, là, sur le territoire.

M. Ménard (Jean-Pierre) : C'est que le plan contient plein de bonnes intentions, on ne peut pas ne pas être d'accord avec le plan. Bon, maintenant, son déploiement, il y a encore beaucoup de choses qui restent à voir, quant à moi.

Mme Lamarre : 70 millions d'investissements qui devraient permettre de concrétiser certaines de ces... Merci.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. Mme la députée de Repentigny, représentant le deuxième groupe d'opposition, vous disposez d'un bloc de temps de 7 min 12 s. À vous la parole pour votre bloc d'échange.

Mme Lavallée : Merci beaucoup. Merci d'être présent, Me Ménard. À la page 17, vous parlez du... qu'il faudrait peut-être penser revoir le processus de plainte puis le transférer au Protecteur du citoyen. Pourquoi le protecteur?

• (12 heures) •

M. Ménard (Jean-Pierre) : Bien, ce qui arrive, regardez bien, moi, ce que je pense c'est que... Et puis il y a toutes sortes de modèles, toutes sortes d'idées qui circulent, il y a beaucoup d'organisations qui revendiquent de prendre en charge les plaintes. Je pense qu'il faut faire attention à ça parce qu'il est important que ce processus-là, il reste crédible et il reste aussi... je n'aime pas le mot, là, mais qu'il reste professionnel. Ce que je veux dire par là, vous savez, c'est qu'il ne dépende pas d'un individu qui a plus ou moins de compréhension de ces processus-là. Bon.

Le Protecteur du citoyen, je regarde un peu l'impact qu'il a eu depuis son arrivée dans le système de santé en 2006, ça a été une bénédiction. Et, moi, j'ai vu l'ancien système, avant 1990. Je pratique depuis 1980, j'ai vu arriver le nouveau système avec le cadre interne de l'établissement, le Protecteur des usagers, qui était... Le Protecteur des usagers, là, ce n'était pas très, très, très aligné pour l'utilisateur, c'était aligné beaucoup, beaucoup pour réseau. Et, quand le Protecteur du citoyen a pris ça en 2006, ça a été une bénédiction parce qu'on a vu un changement tout de suite, tout de suite, des gens avec une vision plus externe, plus citoyenne de comment ça fonctionne, puis je pense que ça a eu un impact très, très, très positif. Puis je vais regarder tous les rapports que le protecteur fait sur le système de santé, quel apport enrichissant pour tout le monde aussi, puis surtout que ça... là, la crédibilité du protecteur.

Alors, moi, ce que je pense, c'est qu'éventuellement peut-être que ça deviendrait pertinent, à la fois en termes d'expertise puis en termes, je vous dirais, de qualité de pratique, et tout ça, que le Protecteur du citoyen puisse assurer l'ensemble du processus, puis là on décidera est-ce qu'on lui permet une révision à un deuxième palier ou est-ce que le protecteur fait ses recommandations parce que ça devrait être ça purement et simplement peut-être aussi. Moi, je pense que c'est une piste qu'on devrait examiner peut-être pour... est-ce que cette composante-là du réseau... c'est-à-dire est-ce que, là-dedans, il y a un input externe dès le premier palier parce que maintenir des liens avec le réseau, ça va toujours, quelque part, poser le problème de l'indépendance. Il y en a encore actuellement.

Parce qu'on parlait de la maltraitance la semaine passée puis on disait : Bon, bien, la maltraitance systémique, dans le cadre du projet de loi n° 115, on veut confier les plaintes au commissaire local parce qu'un commissaire local serait à l'aise de traiter une plainte systémique, disons, dans le cas d'un CHSLD parce qu'il constate que, par exemple, les soins ne sont pas bons parce qu'on a trop coupé le personnel. Est-ce qu'il sera à l'aise de dire à son conseil d'administration : Votre décision n'est pas bonne, puis, bon, vous devriez penser autrement? Pas sûr. C'est pour ça que je pense qu'un oeil externe, même au premier palier, serait utile et bénéfique pour le réseau aussi puis éviterait peut-être encore que, des fois, cette forme de litige s'étire aussi ou se développe. Alors, moi, je pense que l'avenir, à moyen terme, est beaucoup plus de penser de confier ça à un organisme qui a une expertise en protection des droits, en analyse des dossiers, en ressources pour comprendre le système de santé. On ne s'improvise pas en traitement des plaintes.

Mme Lavallée : Donc, si je suis ce que vous dites, c'est que vous verriez à ce moment-là l'abolition de commissaire local dans les hôpitaux, là, on changerait complètement...

M. Ménard (Jean-Pierre) : Bien, c'est-à-dire on aurait un commissaire local qui serait engagé par le Protecteur du citoyen puis qui répondrait au Protecteur du citoyen, puis auquel l'établissement pourrait prêter des ressources pour faire son

travail. Mais on aurait une structure peut-être plus étanche. Moi, je pense que l'étanchéité est toujours mieux que moins d'étanchéité dans ces processus-là pour donner de la crédibilité au processus. Puis comprenez bien, moi, une partie, des fois, cas qu'on va en poursuite, là, c'est du monde qui viennent nous voir qui ne sont vraiment pas satisfaits du traitement des plaintes, hein, qui pensent que ça a été complaisant, pensent que ça n'a pas été... Alors, c'est pour ça. Puis, heureusement, on en voit moins depuis quelques années de ça, c'est tant mieux. Mais moi, j'aimerais qu'on arrive au niveau zéro. Alors, c'est pour ça que ces processus-là... Et je pense qu'il faut qu'on y repense. Puis, dans la mesure où on pense éventuellement refondre la LSSSS, peut-être que ça sera une affaire qu'il faudrait regarder, voir le traitement des plaintes, qu'est-ce qu'on fait, est-ce qu'on le laisse encore dans les établissements ou est-ce qu'on le fait faire par une structure externe.

Mme Lavallée : J'aime beaucoup cette idée-là. Tout à l'heure, vous avez référé à la note qui avait été transmise par le ministre, et on parle du fait que, quand il y a des gens qui viennent du réseau qui travaillent avec le commissaire, ça crée certains problèmes, en tout cas, il y a un manque d'indépendance. Avez-vous des cas concrets pour lesquels ça cause déjà un problème?

M. Ménard (Jean-Pierre) : Je vais vous dire, là, pas plus tard que lundi, j'avais trois personnes dans mon bureau qui travaillent sur trois comités d'usagers différents, puis on parlait un peu du processus de traitement des plaintes, puis les trois, des gens qui ont fait de l'accompagnement, disaient : Écoutez, il y a un malaise réel, plusieurs personnes avec qui on a travaillé étaient surprises que ce soit quelqu'un qui travaille pour l'établissement qui les appelle après avoir fait leur plainte, O.K., puis qui demandait des choses très personnelles, puis les gens disaient : Bien, on n'est pas à l'aise pour parler comme ça. O.K.? C'est une impression, puis c'est l'apparence du modèle.

Puis écoutez, je ne prétends pas que les gens qui faisaient les appels pour les besoins n'étaient pas sincères, dévoués, objectifs, mais, pour le citoyen qui disait : Bien, moi, je fais une plainte au commissaire aux plaintes contre l'établissement, puis c'est quelqu'un de l'établissement qui m'appelle, bon, alors... Puis là ça, c'est de nature, des fois, à dire aux gens... Bien, écoutez, je ne me plaindrai pas parce que, de toute façon, ça ne donnera rien ou ça va être traité en circuit fermé. C'est pour ça que je pense que c'est d'autant plus important, en amont, alors qu'on est rendu là, là, O.K., d'attirer l'attention là-dessus, puis je ne pense pas que la formulation actuelle de la loi, du projet de loi n° 130, donne les garanties suffisantes là-dessus. Il faut vraiment, je dirais, retravailler la rédaction de ça si on veut aller là-dedans, et moi, j'invite à regarder des alternatives.

Mme Lavallée : Vous écrivez : «Il faut se demander si notre système actuel, qui laisse les médecins agir comme libres entrepreneurs à l'intérieur des établissements de santé, permet encore d'assurer l'accessibilité des soins.» Le projet de loi n° 130, selon vous, ne réduit pas le statut d'entrepreneur libre?

M. Ménard (Jean-Pierre) : ...le projet de loi, écoutez, c'est clair qu'en donnant au ministre plus de pouvoirs d'intervention sur les privilèges... C'est sûr que c'est quelque chose qu'il faut qu'on regarde, là, mais, normalement, ça, est-ce que c'est au ministre à... Je dirais, ultimement, peut-être qu'il peut gérer ça, là, mais comment se fait-il qu'un établissement de santé n'est pas capable de gérer ça, n'a pas les pouvoirs? Ou la culture, parce que la culture est là aussi, hein, de dire : Bien, écoutez, là, dès qu'on fait des sanctions, on va se faire planter. Alors, pourquoi est-ce qu'on ne repense pas la manière d'organiser ces choses-là?

Un peu comme, par exemple, dans le projet de loi n° 20, on avait, par exemple, un article... un projet de règlement, par exemple, qui disait que le ministre doit adopter un règlement pour déterminer dans quel délai un médecin va répondre à une consulte à la salle d'urgence. Comment ça se fait qu'un hôpital n'est pas capable de dire à un docteur : Docteur, quand il y a une demande de consulte, en dedans de trois heures, le règlement de l'hôpital, vous allez répondre, puis c'est tout, là, hein? Puis comment ça se fait qu'un hôpital n'a pas le pouvoir de faire ces règlements-là, puis ne les fait pas, puis ne les fait pas appliquer? Moi, je suis un peu tanné de ça. Je pense qu'il faut vraiment qu'on renforce de façon très, très claire... qu'on trouve les mécanismes — il y en a, il y en a de différentes sortes — les mécanismes d'imputabilité des médecins envers l'hôpital. La loi donne à l'établissement hospitalier... qui administre le centre hospitalier la responsabilité de fournir les services médicaux. Alors, c'est une responsabilité d'établissement, pas d'individus.

Là, actuellement, c'est une somme d'individus qui donnent les services qu'ils veulent bien donner avec un tout petit peu de contrôle. Il faut qu'on repense ça. L'organisation des services médicaux, c'est l'établissement de santé. Ce n'est pas les médecins, c'est l'établissement de santé, puis les médecins sont imputables à l'établissement. Il faut qu'on repense les pouvoirs des chefs de département, du DSP, puis la manière dont les départements fonctionnent, puis l'aligner avec le reste de l'hôpital aussi. Tu sais, c'est l'éternel débat aussi des chicanes, puis que, là, on a deux têtes, on a la tête médicale, la tête administrative, puis c'est les chicanes éternelles pour les ressources. Les médecins trouvent qu'il n'y en a pas assez, l'hôpital trouve que les médecins dépensent trop. Ça ne se parle pas, ça se paralyse beaucoup, beaucoup, beaucoup. Je pense que...

Le Président (M. Merlini) : Me Ménard, merci beaucoup, ça met un terme avec les échanges avec les parlementaires. Je vous remercie pour votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants et j'invite l'Ordre des dentistes du Québec à venir prendre place à la table. Les travaux sont suspendus. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 8)

(Reprise à 12 h 11)

Le Président (M. Merlini) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous reprenons nos travaux. Je souhaite donc la bienvenue aux représentants de l'Ordre des dentistes du Québec. Pour les fins d'enregistrement, je vous demande de bien vous présenter, tous et chacun qui sont ici avec nous aujourd'hui. Vous disposez d'un temps de 10 minutes pour votre exposé, et, ensuite, on procédera à la période d'échange avec les membres de la commission. Bienvenue à la Commission de la santé. À vous la parole.

Ordre des dentistes du Québec (ODQ)

M. Dolman (Barry) : Merci et bonjour. Je me présente, Barry Dolman, président de l'Ordre des dentistes du Québec. Permettez-moi de vous présenter, à ma gauche, Me Caroline Daoust, directrice générale et secrétaire de l'ordre, et les invités qui nous accompagnent aujourd'hui : Dre Marie-Ève Asselin, chef du département de médecine dentaire du centre hospitalier université de Sainte-Justine et spécialiste en dentisterie pédiatrique; Dr Michel El-Hakim, spécialiste en chirurgie buccale, maxillo-faciale et professeur adjoint à la division de chirurgie buccale et maxillo-faciale de l'Université McGill; et Dr Matthieu Schmittbuhl, chef de département de stomatologie, Direction des services professionnels, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

L'ordre des dentistes est heureux de pouvoir présenter ses propositions sur le projet de loi n° 130. Il est important de prendre cette opportunité pour souligner à nouveau devant cette commission l'importance qu'il faut accorder à la médecine dentaire dans l'organisation des soins. La médecine dentaire, ce n'est pas seulement le nettoyage des dents et la réparation des caries. Les besoins en traitement préchirurgical en oncologie et d'autres sont immenses, et nous voulons trouver une voie légale pour assurer la fourniture des soins en médecine dentaire dans les CH. À l'heure actuelle, l'existence des départements de médecine dentaire dépend de la volonté des directions hospitalières. Notre désir est que l'existence des départements des CHU, des soins en CH, et des services dans des corridors des soins des... sont non seulement protégés, mais assurés dans ce projet de loi n° 130.

Nous sommes devant vous pour faire part une fois de plus de la place, de l'importance de la médecine dentaire dans la planification des soins et dans son accès. La reconnaissance de la médecine dentaire dans toute organisation et des services est essentielle. Les dentistes doivent être des partenaires dans l'élaboration des politiques en santé, comme d'autres professionnels dans des soins aux malades.

Un centre hospitalier est un phare pour toute une région. Il influence, par la qualité de son personnel, par ses activités de recherche, par la vision à long terme des gestionnaires, tous les domaines de la santé et des soins. Les personnes qui sont ici avec moi vous diront le rôle de premier plan que joue la médecine dentaire dans le réseau de la santé. Ils vous diront aussi les besoins énormes et les lacunes qu'il nous appartient de corriger pour le bénéfice des citoyens que nous sommes chargés à protéger.

L'Ordre des dentistes se veut un partenaire incontournable pour participer à une organisation optimale dans l'organisation des soins. Il est important d'assurer que tous les aspects de la santé font partie d'un tableau global. Je cède maintenant la parole, à ma droite, Dr Michel El-Hakim.

M. El-Hakim (Michel) : Le département de dentisterie et de chirurgie buccale et maxillo-faciale du CUSM compte 43 membres qui sont répartis entre des dentistes généralistes et des dentistes spécialistes. En fait, le nom du département reflète bien ses deux missions cliniques : la dentisterie, d'un côté, et les services de chirurgie buccale. Nous travaillons en multidisciplinarité avec les autres départements pour offrir les services de notre département.

Du côté de la médecine dentaire, nous offrons les traitements aux patients médicalement compromis, notamment lors des bilans préopératoires pour des chirurgies cardiaques ou de greffes. Nous traitons aussi les patients qui ont besoin de radiothérapie tête et cou afin d'éliminer toute infection dentaire avant le traitement. Nous suivons aussi des patients avec des déficiences intellectuelles et autisme. Nous avons en plus une clinique de douleur orofaciale qui suit les patients qui sont atteints de douleur chronique et atypique de la région faciale.

Du côté de la chirurgie buccale et maxillo-faciale, nous supportons la mission de l'Hôpital général de Montréal, qui est un centre de traumatologie, en traitant les fractures des os faciaux et les lacerations de la face. Nous avons aussi une clinique spécialisée en oncologie maxillo-faciale où nous traitons les patients atteints du cancer de la bouche, des maxillaires et des glandes salivaires, ainsi que d'autres pathologies bénignes des mâchoires. Nous avons un service de reconstruction aussi maxillo-faciale qui inclut les reconstructions complexes de la face et de l'articulation temporo-mandibulaire.

Notre département, en fait, voit approximativement 8 000 visites par année. En plus de notre mission clinique, nous avons une mission d'enseignement et de recherche. En enseignement, chaque année, nous admettons 10 résidents dans le programme de résidence multidisciplinaire en médecine dentaire et nous avons neuf résidents dans le programme de chirurgie buccale et maxillo-faciale, qui est un programme de six ans de formation.

Du point de vue recherche et innovation, la majorité de nos membres sont impliqués dans plusieurs projets de recherche. J'aimerais en mentionner deux : la base de données cliniques pour les patients atteints du cancer de la bouche et de lésions précancéreuses et l'établissement d'un protocole clinique pour suivi postopératoire, qui nous a permis de diminuer le séjour de nos patients qui ont des reconstructions complexes de 16 à neuf jours en moyenne.

Je cède maintenant la parole à Dr Matthieu Schmittbuhl.

M. Schmittbuhl (Matthieu) : Merci. Merci, Dr El-Hakim. Dr Matthieu Schmittbuhl, donc chef du département de stomatologie... ou de médecine dentaire, faudrait-il dire, au CHUM. Alors, ce département, c'est un département avec

22 dentistes. C'est un département avec des spécialistes, des surspécialistes. C'est toute une équipe, c'est trois services, trois services dans ce département dédiés chacun à des activités différentes.

C'est aussi une très longue tradition au CHUM, ce département. Ça fait depuis les années 60 que ce département existe. Et puis c'est surtout une expertise très reconnue pour prendre en charge des patients, des patients médicalement compromis, des patients de cancer, des patients que nous suivons, et nous sommes des référents à Montréal, dans le Grand Montréal, pour suivre tous ces patients. C'est une activité très soutenue, c'est 12 000 visites par an, c'est 400 nouveaux patients d'oncologie tête et cou, ce sont des programmes, de merveilleux programmes qui nous permettent de prendre en charge ces patients, de les suivre, de les réhabiliter, parce qu'ils en ont souvent extrêmement besoin. C'est un service de garde sept jours sur sept que nous assurons, et nous fonctionnons en très bonne coordination avec tous les autres départements au sein de l'hôpital.

Mais, dans notre département, il y a également un volet académique très important avec un programme de résidence. Programme de résidence multidisciplinaire qui est très compétitif, c'est le plus gros programme de résidence multidisciplinaire francophone au Québec. Nous accueillons aussi des étudiants toute l'année, donc une activité d'enseignement, là encore, qui est très importante.

Et puis nous sommes dans un milieu académique avec de la recherche, de l'innovation. Nous avons une chaire de recherche Canada, nous sommes des partenaires du CRCHUM dans l'innovation. Nous avons développé une plateforme d'imagerie extrêmement performante dédiée à l'imagerie dento-maxillo-faciale.

Enfin, beaucoup de choses qui font que ce département, eh bien, est un département dans la dynamique. C'est un département qui est un vecteur de cohésion, d'émulation pour toutes nos équipes. Et c'est un département qui a de nombreux défis à relever, bien des projets, à la fois sur le plan académique, en enseignement, en recherche, avec nos partenaires, avec la faculté de médecine dentaire, hein, qui est notre partenaire principal, avec aussi le centre de recherche, le CRCHUM. Mais c'est aussi des défis pour les soins, l'accessibilité aux soins pour des patients qui sont, vous l'avez compris, médicalement compromis, qui en ont besoin. Mais, pour cela, il nous faut des outils, notamment une coordination, des corridors de services, et puis il faut partager des informations médicales, notamment avec le DSQ, auquel nous n'avons pas accès en ce moment.

Donc, pour toutes ces raisons, il me semble que la voix du département est fondamentale et nécessaire pour mener à bien tous les projets que nous avons et les défis à relever.

Je vais passer la parole maintenant à la Dre Marie-Ève Asselin, du CHU Sainte-Justine.

• (12 h 20) •

Mme Asselin (Marie-Ève) : Le département de médecine dentaire du CHU Sainte-Justine a été fondé au début des années 60. C'est un endroit unique qui contribue à la santé des enfants, des adolescents et des mères du Québec. Nous offrons ainsi des soins dentaires spécialisés et ultraspécialisés dans toutes les spécialités de la dentisterie et nous sommes le deuxième plus grand centre de malformation craniofaciale au Canada.

De par notre activité clinique soutenue, notre département effectue environ annuellement 9 000 visites, lesquelles sont divisées entre les cliniques de dentisterie pédiatrique, chirurgie maxillo-faciale et malformation craniofaciale et les fissures palatines. À ces visites en clinique externe se rajouteront celles associées aux urgences dentaires pédiatriques, à savoir principalement les infections d'origine odontogène et les traumatismes de la sphère orofaciale, puisque notre service offre une couverture complète sept jours sur sept, 24 heures sur 24. On pourra noter aussi qu'environ 1 % des visites à l'urgence du CHU Sainte-Justine sont d'origine dentaire. Ce département permet aussi à environ 350 patients d'obtenir des soins spécialisés sous anesthésie générale. Parmi ceux-ci, environ 15 % seront effectués de façon conjointe avec d'autres spécialités médicales de façon à optimiser les épisodes de soins pour nos patients.

La réalité de notre clientèle est complexe, et notre département se limite à des patients médicalement compromis. Sans notre présence, de par la complexité médicale de leur condition, la majorité de nos patients ne pourraient recevoir de soins dentaires. Considérant qu'un très grand nombre de pathologies affectent aussi la sphère orofaciale, ces enfants et adolescents ont besoin de notre présence.

Notre département s'inscrit aussi dans un contexte académique, étant le principal lieu de formation clinique du seul programme de spécialité en dentisterie pédiatrique de la province, de même qu'au niveau de la recherche, qui est principalement axée chez nous sur les troubles du sommeil et les malformations craniofaciales.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup pour votre exposé, à tous les membres qui représentent l'Ordre des dentistes. Nous allons commencer la période des échanges avec le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le ministre, vous disposez de 17 minutes. À vous la parole.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, Dr Dolman, bienvenue, encore une fois, à ces consultations. Me Daoust, Dre Asselin, Dr El-Hakim et Dr Schmittbuhl, merci pour les exposés que vous venez de nous faire.

Ce que je comprends... Dr Dolman, là, juste pour qu'on se situe bien, les exposés que vous venez de faire, je souscris à ça. Écoutez, certainement, personne ici, autour de la table, vous n'avez pas besoin de nous convaincre de l'importance et de la pertinence de ce que vous faites dans nos grands hôpitaux, et particulièrement compte tenu du fait que ce que vous faites s'adresse aux gens qui ont des pathologies les plus sévères, qu'elles soient congénitales, oncologiques ou autres. Mais je comprends de votre intervention, Dr Dolman, que vous avez une inquiétude dans votre mémoire, du moins, que j'ai vue, il y a quelques minutes, vous avez une inquiétude de vous voir formellement inclus dans le plan d'organisation. C'est ça?

M. Dolman (Barry) : Exactement. C'est facile à oublier, la médecine dentaire, parce qu'il y a beaucoup de services qui sont dans l'aspect privé. Mais, si tu regardes toutes les interventions de mes collègues à l'intérieur des

grandes institutions très connues, il ne faut pas oublier que, dans la vaste majorité, les Québécois et les Québécoises à travers la province de Québec n'ont pas nécessairement accès à ces services, et souvent des décisions faites à l'intérieur des institutions sont des décisions à l'intérieur d'organisations d'une institution où, des fois, par exemple, il y a une décision d'évacuer la médecine dentaire ou évacuer certains aspects de traitement, et il y a un compromis pour les citoyens. Alors, nous autres, on préfère que, pour le ministre de la Santé, à l'intérieur de votre structure de réorganiser le système de santé, que, si tu trouves que, dans un endroit, il faut avoir une dérogation, ça, c'est quelque chose qu'on peut accepter, mais ce n'est pas des décisions de faire localement parce que, des fois, c'est fait pour des raisons de budget, des fois c'est des raisons politiques à l'intérieur d'une institution, et pas nécessairement avec une vision pour la population.

M. Barrette : Je vais vous accorder une chose et je ne vous surprendrai pas, je voudrais simplement mentionner pour tout le monde que, le CMDP, le D, c'est les dentistes. Et le D, probablement que vous le sentez à l'expérience comme un D minuscule parce que vous n'avez pas toujours le sentiment d'être un D majuscule dans CMDP. On va le dire comme ça. Je vois dans vos sourires que je comprends bien votre situation. Elle est fondée, d'ailleurs, votre... il est fondé, votre sentiment.

Maintenant, ça m'amène à vous poser la question, là. C'est sûr que, dans les hôpitaux universitaires, du moins les plus grands hôpitaux, ce n'est certainement pas simplement pertinent, mais important d'avoir un département de dentisterie, que le D soit un D majuscule en bonne et due forme, mais, en même temps — et ça, je vous demande votre opinion là-dessus — dans le réseau, là, de façon systématique ou systémique, est-ce que vous nous demandez aujourd'hui à ce qu'il y ait un département et des fonctions élaborées?

Puis là je m'en vais préciser ma question. C'est sûr que — et vous l'avez dit vous-même — dans le continuum ou le spectre, l'étendue des services que vous donnez, ça va du simple au moins simple, au très complexe. Et là vous quatre, vous êtes plus dans le très complexe et le complexe que dans le simple. Je ne pense pas exagérer en faisant ce commentaire-là. Mais, quand on s'en va vers le plus simple, là on tombe, évidemment, plus... ou on se rapproche tranquillement, pas vite plus de ce qui est la pratique courante de dentisterie qui se fait dans les cabinets. Où mettez-vous la limite? Et, conséquemment, là, jusqu'où on doit aller dans la reconnaissance? Et, quand je dis reconnaissance, c'est création de départements formels avec des volumes parce qu'à la fin ça finit par être un volume. Puis là vous allez me répondre avec justesse qu'il y a bien du complexe pour lequel vous n'avez pas accès à l'hôpital, puis vous avez raison dans bien des endroits. Pas partout, mais dans bien des endroits. Alors, comment qu'on voit ça dans l'ensemble, là? Comment voyez-vous ça dans l'ensemble? Et quelles sont les recommandations que vous voudriez nous faire?

M. Dolman (Barry) : Je comprends très, très bien, pour toutes les personnes ici, quoi que ce soit le parti, que quelqu'un doit payer pour ces améliorations et, à la fin, le ministre de la Santé va faire des choix. Mais je pense qu'aujourd'hui on est ici pour démontrer que le petit d doit devenir plus grand. Il faut établir des services minimums, il faut établir au moins des corridors de services.

Alors, si, par exemple... Je comprends très, très bien, dans certains secteurs, qu'on ne va pas avoir des centres comme au CHUM ou à Sainte-Justine dans chaque hôpital à travers la province de Québec, mais je préfère de faire ces décisions par une vision d'un ministre en Santé que de faire ça vis-à-vis des décisions bureaucrates à l'intérieur des institutions. Souvent, le cas qu'on voit présentement à l'intérieur de la médecine dentaire, que les traitements des patients à Chicoutimi n'ont pas le même service que dans un autre secteur — pas nécessairement à Montréal, mais peut-être à Laval ou à Saint-Jérôme — parce qu'il y a des décisions qui sont faites aléatoires. Alors, qu'est-ce qu'on demande, c'est de prendre en charge la responsabilité à l'intérieur de votre ministre, et de regarder la situation, et voir qu'est-ce qui est approprié. Mais sûr et certain qu'on veut inclure la médecine dentaire dans des décisions.

Je n'ai pas besoin de vous dire que je suis dans votre présence peut-être cinq ou six fois dans les dernières années pour toutes sortes de dossiers qui sont peut-être éloignés de la 130, la vie en CHSLD, la fluoration d'eau, mais toujours c'est la même chose, la médecine dentaire, pour une raison ou l'autre, est toujours dans l'obscurité, et on est obligés de battre juste pour avoir l'écoute, pour avoir des décisions pour être inclus dans la législation. Je vais vous faire rire, c'est sûr et certain que je tire l'histoire du DSQ aussi, mais, pour répondre, je pense que ce n'est pas nécessairement réaliste d'avoir des services semblables dans toutes les régions du Québec. Mais il faut absolument avoir une ressource pour les citoyens pour la médecine dentaire.

• (12 h 30) •

M. Barrette : On échange là-dessus, puis je pense que c'est bien utile que l'on échange là-dessus aujourd'hui, surtout dans le cadre de 130, qui a une portée organisationnelle, là. Je vais faire un parallèle que je ne veux pas que vous preniez au pied de la lettre, là, mais il s'applique, et vous allez comprendre. En dentisterie, vous avez des activités qui ne sont pas couvertes par la RAMQ et des activités qui sont couvertes par la RAMQ, ou la SAAQ, ou ce genre de choses là, dépendamment du secteur... En pédiatrie, c'est une autre chose, là, c'est couvert par la RAMQ. Puis, dans d'autres domaines, non. Et je fais le parallèle suivant parce que je ne l'ai pas vu, ça, en dentisterie, puis vous allez comprendre pourquoi je vous ai posé la question tantôt, vous la mettez où, la ligne, là?

Ce que j'ai vu dans le passé qui était, définitivement, moins justifié et qui, exceptionnellement, passe sous l'écran radar, et c'est bien fatiguant, c'est l'autre secteur de la médecine, qui, lui, a aussi du RAMQ puis du pas RAMQ de façon significative, la plastie. Il y a bien des plasticiens, là, qui veulent rentrer leurs patients à l'hôpital pour des procédures non RAMQ sous le prétexte de conditions médicales. Ce qui est, dans certains cas, tout à fait justifié, mais ça, ça nous amène toujours à une frontière qui est problématique parce que, là, il y a toutes sortes de dynamiques commerciales, on va dire, là, ou de transferts d'argent qui impliquent le public versus le privé, là. À un moment donné, il faut tracer une ligne à quelque part. Moi, j'ai connu un milieu dans mon expérience non ministérielle où on faisait de l'esthétique à l'hôpital

pour toutes sortes de raisons, puis qui n'étaient pas vraiment valables, et là c'est utiliser des ressources publiques à mauvais escient.

Je ne veux pas faire ce parallèle au pied de la lettre avec la dentisterie, là, mais il y a un parallèle au sens où il y a RAMQ, non RAMQ. Alors, on la trace comment, la ligne? Dit différemment, là, Dr Dolman, moi, je me retrouve dans une situation, mettons, là, où je fais dans un hôpital sous-régional un département formel de dentisterie, je trace la ligne où? Et là je vais aller à l'autre extrême, on ne va quand même pas faire des couronnes et des plombages à l'hôpital — je pense que vous allez être d'accord, évidemment, là — mais on trace comment la ligne? Oui, vous allez me dire oui. Et je vous vois, là, dire, et vous avez raison... Parce que, là, vous allez me dire la pédiatrie, et vous allez avoir raison.

Mme Asselin (Marie-Ève) : Pédiatrie, oui, parce que je suis à Sainte-Justine, mais on ne fait que du médicalement compromis, donc des patients qui ne peuvent pas être traités en cabinet privé.

M. Barrette : Non, non, je comprends. Et c'était ça, mon parallèle.

Mme Asselin (Marie-Ève) : Tout à fait.

M. Barrette : Mon parallèle, il y a des conditions médicales qui exigent que...

Mme Asselin (Marie-Ève) : Oui.

M. Barrette : Mais la couronne standard, la mienne, mettons, on ne va quand même pas la faire à l'hôpital, là.

Mme Asselin (Marie-Ève) : Non.

M. Barrette : Bon. Alors, on la trace comment, la ligne? C'est ça qui m'intéresse. Vous revendiquez à juste titre une existence majuscule de votre D, mais, en même temps, comme vous êtes à cheval sur deux univers, il faut tracer la ligne à un moment donné entre les deux, éclairez-moi sur la mécanique du traçage de la ligne.

M. El-Hakim (Michel) : Si je peux intervenir, je pense qu'un département de médecine dentaire devrait avoir une raison d'être dans l'hôpital qui est, évidemment, de donner tous les services aux patients médicalement compromis et autres services qu'on donne qui sont essentiels. Maintenant, c'est sûr qu'où est-ce qu'on trace la ligne ça dépend aussi du budget du département. Souvent, je peux vous le dire, dans nos départements, on fait un peu de traitements où est-ce qu'on va charger les patients parce que c'est une source de revenus, vu que, souvent, nos départements ne sont pas supportés de façon complète pour pouvoir donner les services. Mais je pense que l'idée, c'est d'avoir une mission pour ce département-là et de ne pas dévier de cette mission-là, qui est de donner des services essentiels, que ce soit aux patients médicalement compromis, que ce soit aux patients qui ne peuvent pas avoir accès à des bureaux privés ou bien dans d'autres spécialités comme la chirurgie maxillo-faciale, où est-ce que presque la totalité des services que nous, on offre sont, en fait, couverts dans les milieux hospitaliers.

M. Barrette : ...on est dans le plus compliqué, là.

M. El-Hakim (Michel) : Oui. Oui, oui.

M. Schmittbuhl (Matthieu) : Mais, juste pour apporter une information supplémentaire, il y a des soins requis chez des patients médicalement compromis qui ne sont pas couverts par la RAMQ.

M. Barrette : Ça, c'est un autre objet, là.

M. Schmittbuhl (Matthieu) : C'est un autre objet.

Mme Asselin (Marie-Ève) : Moi, je vais vous donner un exemple de ce que je vis, par exemple, quotidiennement. La semaine dernière, on a une patiente qui va débiter un traitement de chimiothérapie suite à un diagnostic de leucémie. Elle n'a pas eu d'examen dentaire avant sa chimiothérapie parce qu'il n'y avait pas de dentiste qui pouvait lui faire. Elle a commencé à avoir des douleurs aux dents. Donc, en fait, ils l'ont transférée en ambulance à Sainte-Justine, chez nous. C'est une patiente qui habite Drummondville, mais qui fait ses soins à Sherbrooke. Donc, on l'a vue, elle nécessite des soins sous anesthésie générale. Donc, on l'a retournée à Sherbrooke, puis là il faut coordonner ça entre deux sites de chimiothérapie. Donc, c'est beaucoup de visites pour cette famille-là, ils sont déplacés de leur milieu, puis ça, ça se produit, malheureusement, tous les jours. Pourquoi? Parce qu'ils n'avaient pas un accès à des soins dentaires dans la communauté ou dans l'endroit où ce patient-là se faisait traiter.

M. Barrette : Moi, je vous rétorquerais que vous avez une problématique intrinsèque, vous spécifiquement, parce qu'en pédiatrie les anesthésistes ont une peur bleu foncé d'endormir des patients pédiatriques. Comme dans : Ils ne veulent pas, sauf à Sainte-Justine, au Children's ou à Québec.

Mme Asselin (Marie-Ève) : Mais, si cette patiente-là avait été vue par un dentiste avant, comme le veut le protocole, on ne se serait pas rendus là.

M. Barrette : Peut-être. Là, je ne connais pas le cas, là, mais peut-être, là. Mais vous êtes d'accord avec moi que l'enjeu anesthésiologique est réel.

M. Dolman (Barry) : Mais l'objectif principal, c'est de formaliser cette obligation dans la loi. Si on peut formaliser l'obligation d'avoir un service de médecine dentaire, les détails, qu'est-ce qui est couvert ou non, tu peux choisir de tracer cette ligne où tu veux. Pas toi, mais le gouvernement au pouvoir peut essayer de tracer cette ligne. Si, demain matin, tu veux couvrir tout, tu peux le faire. Si tu veux faire... Il y a beaucoup de choses qu'on a le pouvoir de le faire, mais moi, je parle, par exemple, une personne qui a besoin d'une chirurgie cardiaque, qui a un abcès, il n'y a pas de moyen d'avoir des services. Et je pense qu'en 2017 il faut... Parce qu'on est au début de votre restructure organisationnelle. Si on est abandonnés à ce point, c'est sûr que, dans deux ans, trois ans, on ne peut pas faire nécessairement un petit peu — pour utiliser l'anglicisme — de «tweaking» pour essayer d'améliorer les services et de faire cette décision. C'est sûr qu'on ne va pas embarquer... Je comprends très, très bien, je vis dans ce monde avec un pied en privé et le pied dans des hôpitaux et des services couverts, mais ça, ce n'est pas vraiment l'enjeu principalement aujourd'hui et le point de notre mémoire.

M. Barrette : Je comprends votre point et je pense que vous avez raison, là, c'est... Vous avez raison particulièrement sur : ce n'est pas dans deux ans qu'il va revenir, là, c'est maintenant ou jamais, la case départ. Vous avez tout à fait raison, je prends bonne note de vos commentaires.

M. Dolman (Barry) : ...je suis vraiment préoccupé que tu vas avoir des décisions locales prises par des personnes qui ne sont pas nécessairement au courant des problèmes des citoyens globalement, et, pour des raisons locales, des patients vont être obligés de subir des préjudices énormes.

M. Barrette : Merci d'être venu faire cette intervention-là qui était très pertinente.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre, pour ce bloc d'échange. Je me tourne vers l'opposition officielle. Mme la députée de Taillon, vous avez un bloc de 10 min 12 s pour votre bloc de temps d'échange.

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Dr Dolman, Dre Asselin, Dr Schmittbuhl, Dr Hakim et Mme Daoust, bonjour. Merci d'être là. Votre mémoire est intéressant parce que, dans un contexte où, dans le projet de loi n° 130, on a beaucoup de groupes qui se sont finalement retirés de la présentation, vous êtes venus exprimer clairement un besoin. Et je pense que, conjointement, si je décède bien ce que le ministre a dit, là, je pense qu'on a bien entendu votre demande qui réside, dans le fond, à une reconnaissance dans le plan d'organisation — donc, à l'article 19 du projet de loi n° 130 — d'un département de médecine dentaire de façon formelle, alors que, là, on avait un peu... je pense que ça avait été escamoté, disons-le comme ça, ça avait été oublié. Alors, merci de l'avoir rappelé.

Et je suis tout à fait d'accord à dire que c'est un peu étonnant que, dans une perspective de soins, surtout des soins, je vous dirais, intensifs ou, à tout le moins, de niveau vraiment tertiaire que vous offrez, on exclue la bouche, hein, dans beaucoup de ces soins-là, alors que c'est un organe qui est tout à fait en lien et très touché par beaucoup de traitements et beaucoup de maladies, en fait. Donc, vos demandes sont tout à fait justifiées.

Je voulais voir... En fait, dans ce que j'ai entendu tantôt, j'entends quand même qu'il y a deux catégories de problèmes peut-être. Il semble y avoir dans votre exemple, Dr Dolman, de chirurgie cardiaque chez un patient qui a un abcès ou... donc, il y a une carence de lien entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers avec deux corridors, dans le fond, des gens qui ont des assurances et qui peuvent... ou bien des gens qui sont prestataires de l'aide sociale et qui n'ont pas d'argent pour payer ça. Donc, il y a un besoin qu'il y ait un lien rapide quand il y a ce genre d'intervention là.

Et puis il y a peut-être une définition... Effectivement, je rejoins le ministre quand il dit : Il faut trancher la ligne. Alors, il faut peut-être définir des services essentiels qui doivent être offerts en établissement de santé et faire en sorte que, dans certains cas, bien, on conçoive que ça ne puisse pas l'être. Mais donc comment vous voyez cette délimitation-là entre ces services-là? Parce que les cas que vous nous présentez sont très pointus, là, sont des cas de services secondaires ou tertiaires, alors comment faire que les services primaires restent dans la première ligne, finalement?

• (12 h 40) •

M. Dolman (Barry) : Bien, vous le savez comme moi que les décisions d'extraire — si je peux utiliser ce terme — la bouche du corps humain, s'est faite par des décisions politiques, il y a plusieurs années, peut-être en Saskatchewan, à l'origine du système de santé universel, et on est obligé d'essayer de pousser très, très fort depuis cette période de temps de faire ce genre d'intégration, pour essayer de faire comprendre que la médecine dentaire, ce n'est pas seulement, comme j'ai expliqué au début, de boucher des trous, de faire des obturations. On a plusieurs spécialistes en médecine dentaire, on a des pathologistes, on a des exemples de patients qui sont diagnostiqués de cancer de la bouche. Je pense que le lien entre la bouche et le corps, le lien entre la médecine dentaire et la médecine normale... le traitement est ensemble.

Et on est dans un débat un petit peu artificiel parce que, si on veut éliminer les coûts, la discussion était nulle. Tout le monde va comprendre, en 2017, que ce n'était pas normal que tous les orifices sont importants, sauf un. Alors, tu rentres dans l'hôpital... je casse une jambe, j'ai un problème d'une de mes oreilles, j'ai mal dans n'importe quel autre système, je vais être traité, mais, si, par exemple, c'est dans ce secteur, ah! non, je ne sais pas, c'est une autre affaire. C'est une

aberration. Je pense que, si on fait une décision, au moins, d'inclure la médecine dentaire, pour commencer, à l'intérieur des institutions formelles, on va quitter la gare et, tranquillement, on va être rendus, et toutes les questions de tracer les lignes, on va être capables de faire ça une par une, à la satisfaction qu'est-ce que l'État peut fournir comme services.

Mme Lamarre : Mais donc le point de départ pour vous, c'est la reconnaissance du département de médecine dentaire. Est-ce qu'ailleurs il y a des modèles qui ont déjà réfléchi sur cette délimitation-là?

M. Dolman (Barry) : Ailleurs, dans quel sens?

Mme Lamarre : Ailleurs, bien, dans d'autres provinces ou d'autres pays, là, où on a des régimes d'assurance universelle comme nous.

M. Dolman (Barry) : En France, c'est quelque chose qui est couvert. Peut-être, Dr Schmittbuhl...

Mme Lamarre : Et la ligne se trace où?

M. Schmittbuhl (Matthieu) : Bien, c'est sûr que, sous le système français, on va dire, les soins, hein, dentaires sont couverts, hein? Je ne parle pas des soins de confort, mais des soins dentaires, donc, requis, ceux-là sont couverts. Mais je vous donne un exemple très simple ici, vous êtes en bilan prégreffe, vous attendez pour une greffe du poumon, il y a toujours un bilan de foyer infectieux à faire, il y a des extractions à faire chez ce patient pour supprimer les foyers infectieux. Bien, ça ne sera pas forcément couvert pour un bilan prégreffe qui risque de compromettre une greffe, on s'entend.

Mme Lamarre : Je ne suis pas sûre que j'ai bien compris tantôt, mais est-ce que j'ai compris qu'il y avait des soins qui sont donnés à l'hôpital et qui sont facturés au patient dans certaines conditions?

Mme Asselin (Marie-Ève) : ...facturés au patient, oui. Le régime d'assurance maladie couvre les soins curatifs pour les enfants jusqu'à l'âge de 10 ans, ne couvre aucun soin préventif, et certains soins sont aussi couverts pour les patients qui sont sur l'aide sociale. Le régime de soins dentaires est un régime d'exception où ce qui est couvert est l'exception. La majorité des soins ne sont pas pris en charge par la Régie de l'assurance maladie.

Mme Lamarre : ...en ambulatoire, là, mais à l'hôpital?

Mme Asselin (Marie-Ève) : Même chose à l'hôpital.

Mme Lamarre : À l'hôpital, c'est la même chose.

Mme Asselin (Marie-Ève) : Tout à fait, oui.

M. Schmittbuhl (Matthieu) : Exactement la même chose.

Mme Lamarre : Donc, l'exemple que vous donniez tantôt, si, avant une greffe, il faut qu'il y ait des interventions, le patient doit être facturé, c'est la situation actuellement.

Mme Asselin (Marie-Ève) : Oui.

M. Schmittbuhl (Matthieu) : C'est la situation actuelle.

Mme Lamarre : Et est-ce que c'est déjà arrivé que des patients ne soient pas capables de payer ces frais-là?

Mme Asselin (Marie-Ève) : Tous les jours.

M. Schmittbuhl (Matthieu) : Ça arrive tous les jours.

Mme Lamarre : Et qu'est-ce qui arrive?

Mme Asselin (Marie-Ève) : On fait des téléphones. Je veux dire, moi, j'ai des familles handicapées, les parents ne travaillent pas parce qu'ils doivent s'occuper de leur enfant à temps plein, je veux dire, ils ne peuvent pas... Des fois, le brossage des dents est difficile, l'alimentation est particulière de par la condition médicale. Ce n'est pas parce qu'ils ne s'occupent pas bien de leur enfant que leur enfant a des problématiques dentaires. Et puis on fait des appels à des fondations, puis on essaie de les aider, mais c'est des choses qui nous arrivent à tous, tous, tous les jours, malheureusement, oui.

M. Dolman (Barry) : L'Ordre des dentistes a commencé une fondation, on traite... plusieurs milliers de dollars l'année passée par le bénévolat des dentistes qui ne chargent absolument rien. Mais tu peux imaginer que c'est une situation

que... qu'on ne peut pas faire un substitut à une politique de l'État parce que c'est impossible de traiter toutes les personnes qui ont besoin parce que la demande est énorme.

Et il faut vous dire que — c'est quelque chose que je répète toujours — si tu regardes les démographiques de la population du Québec, la plupart des personnes qui vont rentrer dans des CHSLD, dans des centres d'hébergement vont rentrer avec des dents, ce n'est pas comme dans les années 1950. Qui va occuper de toute cette population? Ça ne va pas être une question que la prothèse est perdue dans le linge, c'est une question d'un abcès, une infection, un traitement de canal, une fracture d'une dent. Qui va faire ces soins si on ne peut pas intégrer les soins à l'intérieur des centres?

Mme Asselin (Marie-Ève) : Un exemple qui est encore criant, moi, qui me parle beaucoup, on voit beaucoup de patients à l'Hôpital Sainte-Justine qui ont de la chimiothérapie ou radiothérapie en bas âge. Donc, l'État dépense des milliers de dollars pour sauver ces enfants-là. Ces traitements-là vont avoir des répercussions sur le développement dentaire. Donc, nos enfants vont se retrouver à 10, 11, 12 ans parfois sans aucune dent dans la bouche, puis la réhabilitation de ces enfants-là pour qu'ils puissent manger puis sourire, ce n'est malheureusement pas pris en charge par la Régie de l'assurance maladie malgré que ce soient des conséquences directes des traitements qu'on a prodigués à ces enfants-là.

Mme Lamarre : Effectivement, je pense que vous mettez en évidence des situations qui sont aberrantes et qui sont vraiment... et qui doivent être réfléchies et analysées parce qu'il y a des incohérences, là, majeures et des préjugés pour les patients, jeunes et moins jeunes.

M. Dolman, ça fait trois ou quatre commissions parlementaires où on vient, et vous revenez en martelant — et vous avez raison — vous avez besoin d'avoir accès au DSQ, d'être inscrits au DSQ. Il y a plusieurs médicaments qui causent des problèmes, hyperplasie gingivale... Il y a plein d'informations partagées que vous avez dans vos diagnostics. Est-ce que le dossier a avancé? Est-ce qu'on a communiqué, au ministère, avec vous pour faire avancer ces démarches-là?

Le Président (M. Merlini) : Très rapidement, Dr Dolman.

M. Dolman (Barry) : La réponse, à date... Depuis cinq ans, on fait la même demande, et ça devient une blague à un moment donné. Chaque fois que je viens ici, je mentionne le DSQ. Tout le monde a dit oui, tu sais. Tous les partis disent oui. Toi, tu as dit oui, le Dr Barrette a dit oui. Tout le monde est au courant, tout le monde est en faveur. Alors, je ne sais pas s'il y a un blocage en dessous vis-à-vis de la bureaucratie parce que... Je ne veux pas dire, mais est-ce qu'on attend un désastre? Est-ce qu'il faut toujours avoir une gestion de crise? Est-ce qu'on est obligé... Par exemple, un patient de Marie-Ève Asselin est obligé de subir une conséquence? Parce que, quand ça va arriver, tu as avoir un décret ici dans 24 heures. Mais est-ce que, toujours, on a besoin d'attendre?

J'ai soumis cette semaine une demande, le Collège des médecins, l'Ordre des pharmaciens et nous autres... encore pour faire cette demande. J'espère que, dans les prochains jours, peut-être ou pas, on va avoir une réponse.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Dr Dolman, pour cette réponse. Nous allons passer au deuxième groupe d'opposition. Pour votre bloc d'échange, Mme la députée de Repentigny, vous avez 6 min 48 s. À vous la parole.

Mme Lavallée : Merci. Juste avant de commencer, j'ai eu une citoyenne qui avait eu un problème avec sa bouche, un problème vraiment majeur, et on ne savait pas où se tourner pour l'aider parce qu'elle ne bénéficiait pas de l'aide sociale. Donc, elle avait un peu de sous, mais pas assez de sous pour se faire soigner, et on a pu avoir le privilège de la féliciter avec la fondation. On ne connaissait pas ça, et elle nous en remercie, elle est vraiment... ça change sa vie. Ça fait que j'ai pu constater à quel point c'était important, ce service-là, que je ne connaissais pas. Mais, pour cette personne-là, ça a été vraiment un élément vraiment important dans sa vie. Donc, je profite de l'occasion pour vous remercier de...

M. Dolman (Barry) : ...on va certainement envoyer ce message à Dr Pierre Tessier, qui est le président de notre fondation, parce qu'il travaille très, très fort pour élaborer des soins pour les personnes vulnérables.

Mme Lavallée : Oui. Puis, peut-être, le service n'est pas encore assez connu, mais bravo pour cette offre-là pour les citoyens qui en ont de besoin.

Vous avez parlé du DSQ. Bon, vous dites que les dentistes en cabinet n'ont pas accès à ça, et ceux qui travaillent en milieu hospitalier. Qu'est-ce que ça changerait pour vous, dans le domaine dans lequel vous travaillez, d'avoir accès?

• (12 h 50) •

M. Dolman (Barry) : Quand tu vois le dentiste, en bureau privé ou en institution, la première chose qu'on doit faire, c'est de faire une évaluation de votre santé : Est-ce que tu prends tel médicament? Est-ce que vous avez haute pression? Est-ce que vous avez des éclaircissements du sang? C'est des choses complètement normales, en fait quotidiennes. La plupart des dentistes dans la province de Québec, étant donné qu'on travaille avec des ordis, tous les dossiers qu'on a en privé, normalement on travaille avec des ordinateurs, les radiographies sont digitales. Alors, dans l'hôpital, des chirurgiens maxillo-faciaux sont en train de travailler dans le bloc opératoire, imagine que mes collègues sont obligés de demander à la sage-femme ou l'infirmière pour avoir l'accès, c'est une aberration. Alors, mais c'est la même chose, les dentistes comme les médecins prescrivent. Les dentistes, comme les médecins, font des ordonnances. Les dentistes, comme les médecins, font des interventions. Les dentistes, comme les médecins, font le diagnostic. Alors, pourquoi est-ce qu'à un moment donné, quand cette législation a été écrite, on a été oubliés? Je ne sais pas, mais c'est le temps que ça change.

Mme Lavallée : Donc, tout à l'heure, vous avez dit que ça fait quand même plusieurs demandes que vous faites, à chaque commission parlementaire vous revenez là-dessus. Selon vous, qu'est-ce qui bloque? Où ça bloque? Et qu'est-ce qui fait qu'on ne vous entend pas là-dessus?

M. Dolman (Barry) : Si je savais la façon de faire réagir... Mais peut-être, présentement, c'est les juristes en grève, mais, tu sais...

Mme Lavallée : Est-ce que, selon vous, les médecins sont en accord avec cet accès-là, que vous ayez... Est-ce que ça...

M. Dolman (Barry) : Le collègue, on a eu l'accord formel, écrit avec la signature de Charles Bernard, président du Collège des médecins, et Bertrand Bolduc, président de l'Ordre des pharmaciens. Alors, au CIQ, tous les ordres, il n'y a aucune opposition, c'est comme... Je ne sais pas qu'est-ce qui se passe. Honnêtement, je suis tellement...

Mme Lavallée : Donc, il faudrait que le ministre vous entende actuellement et réalise votre souhait. Je n'ai pas d'autre question.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée de Repentigny. M. le député de Mercier, vous disposez d'un bloc de trois minutes pour votre échange avec nos invités.

M. Khadir : Bien, parfois, il ne suffit pas que le ministre l'entende, il faut que le sous-ministre entende aussi, mais je suis sûr que le sous-ministre est attentif. Le connaissant, il peut vaquer à plusieurs occupations en même temps. Je le taquinais.

Donc, je comprends que le ministre, ici même, a... Si le ministre le conçoit autrement, moi, je ne vois aucun inconvénient et je demande le consentement de tout le monde pour qu'il parle dans mon temps de parole. Donc, si je comprends bien, le ministre est d'accord que ça va de soi, puisqu'on comprend très bien, comme médecins — comme microbiologiste, pour ma part — qu'il faut que les dentistes aient accès à la DSQ. Est-ce que ça va? Tout le monde est d'accord?

Le Président (M. Merlini) : Est-ce que j'ai consentement pour permettre au ministre de répondre à la question? M. le ministre.

M. Barrette : Je ne réclame pas de temps de parole, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Alors, très bien, M. le ministre.

M. Khadir : Non. Mais est-ce que j'ai bien compris? Est-ce que je peux juste lui demander que son intervention voulait dire qu'il est tout à fait ouvert à ça?

Le Président (M. Merlini) : Il pourra, à ce moment-là, vous répondre après la commission.

M. Khadir : Très bien. Alors, bon, souhaitons que ça soit dans le bon sens. Je vous signale que les choix politiques que les Québécois et les Québécoises ont faits en élisant — je le dis comme je le pense — des gouvernements qui, souvent, en toute bonne foi, ont cru à un certain dogme économique, qu'il fallait baisser les services publics pour que l'économie marche, et tout le monde... bon, a fait en sorte qu'après les premières... Vous avez mentionné la Saskatchewan. C'est sûr qu'au début l'idée initiale, c'est qu'en peu de temps les soins dentaires allaient faire partie du panier des services de l'assurance maladie. Et ça se conçoit bien, les dents, cette partie de l'organisme fait partie du corps, du corps global, et, normalement, ça devrait être le cas. Mais les forces politiques et économiques en présence ont bloqué ça de manière systématique. Mais on en est un peu responsables comme médecins, comme dentistes parce que les budgets actuels, tel que les conçoivent les gouvernements, par exemple, accordent la possibilité, dans les lois fiscales, par exemple, à des médecins et à des dentistes de s'incorporer. Juste à ce chapitre-là, il y a plus de 7 milliards de dollars au dernier rapport qu'enregistre le 1 % des plus hauts revenus, dont nous faisons partie.

Donc, il y a toutes sortes de choix qu'on fait dans lesquels nous sommes partie prenante. Mais je vous promets que Québec solidaire, quand nous aurons l'occasion d'exercer le pouvoir, arrivés au gouvernement, pour nous, il va y avoir une extension considérable. Je ne peux pas vous préciser comment, mais les soins dentaires, la médecine dentaire va faire partie de notre vision d'une médecine globale, et donc, en principe, couverte normalement dans une large mesure. Est-ce que ça va impliquer les couronnes puis les trucs de nature esthétique? Ça, c'est sûr que non, mais la médecine dentaire, à sa base, dans le domaine pédiatrique, etc., l'offre de services couverte va être considérablement agrandie, et j'appuie votre démarche pour la DSQ également.

Le Président (M. Merlini) : En conclusion, Dr Dolman, vous avez 30 secondes.

M. Dolman (Barry) : C'est vraiment un plaisir d'avoir un échange avec tous les élus ce matin. Je sais que tout le monde veut manger bientôt. On a quitté ce matin en Via, Via a reculé pour deux heures à Drummondville. On

a loué une voiture, on a fait tout ce qu'il faut pour être avec vous autres aujourd'hui, et j'espère que tu vas supporter l'Ordre des dentistes dans des démarches pour formaliser à l'intérieur de la loi n° 130 la médecine dentaire. Merci beaucoup.

Le Président (M. Merlini) : Dr Dolman, Me Daoust, Dre Asselin, Dr Schmittbuhl et Dr El-Hakim, merci de votre présence et votre contribution aux travaux de la commission.

L'ordre du jour étant épuisé, j'ajourne donc les travaux de la commission au mardi 14 février 2017, vers 10 heures, où nous poursuivrons notre mandat. Bonne fin de journée!

(Fin de la séance à 12 h 57)