



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 4 décembre 2002 — Vol. 37 N° 98

Consultations particulières sur les projets de loi
n° 113 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé
et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire
de services de santé et de services sociaux (2), et
n° 142 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé
et les services sociaux concernant les activités médicales,
la répartition et l'engagement des médecins

**Présidente de l'Assemblée nationale:
Mme Louise Harel**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

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
Distribution des documents parlementaires
880, avenue Honoré-Mercier, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

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

Société canadienne des postes – Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 40010195

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 4 décembre 2002

Table des matières

Projet de loi n° 113 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux	1
Auditions (suite)	1
Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)	1
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	7
Projet de loi n° 142 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins	12
Remarques préliminaires	12
M. François Legault	12
M. Jean-Marc Fournier	13
Mme Sylvie Lespérance	14
Auditions	14
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)	15
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	21
Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)	28
Fédération des associations étudiantes en médecine du Québec (FAEMQ)	36
Mémoires déposés	41
Remarques finales	41
Mme Sylvie Lespérance	41
M. Jean-Marc Fournier	42
M. François Legault	43

Autres intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

M. David Payne

- * M. Marc Zerey, FMRQ
- * M. Stéphane P. Ahern, idem
- * M. Jean Gouin, idem
- * M. Jacques Castonguay, idem
- * M. Yves Langlois, FMOQ
- * Mme Ginette Primeau, idem
- * M. Renald Dutil, idem
- * M. Michel Desrosiers, idem
- * M. Michel Lafrenière, idem
- * M. Yves Dugré, FMSQ
- * M. Alexis-Simon Cloutier, FAEMQ
- * M. Guillaume Charbonneau, idem
- * M. Pierre Gabrièle, ministère de la Santé et des Services sociaux

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 4 décembre 2002

Consultations particulières sur les projets de loi n^{os} 113 et 142*(Onze heures vingt-six minutes)***Projet de loi n^o 113**

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): À l'ordre, s'il vous plaît! Étant donné qu'on est déjà en retard... Alors, je vous souhaite la bienvenue.

La commission des affaires sociales est réunie afin de procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n^o 113, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Mme Rochefort (Mercier) va être remplacée par M. Fournier (Châteauguay).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous fais lecture de l'ordre du jour: 11 heures — c'est-à-dire, nous avons déjà un petit peu de retard; nous nous en excusons — nous rencontrerons les représentants et représentantes de la Fédération des médecins résidents du Québec, suivie à 11 h 45 par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, pour ajourner à 12 h 30. Et on reviendra possiblement cet après-midi avec un nouveau mandat.

Auditions (suite)

Alors, sans plus tarder, j'accueille avec beaucoup de plaisir M. Marc Zerey, qui est secrétaire de la Fédération des médecins résidents du Québec. Je vous demanderais de nous présenter les personnes qui vous accompagnent. Et vous avez 20 minutes pour la présentation de votre mémoire. Je m'excuse, 15 minutes.

Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

M. Zerey (Marc): Quinze minutes. Je vous remercie, Mme la Présidente. À ma gauche, je présente Me Jacques Castonguay, le conseiller juridique de la Fédération; à ma droite, Mme Marie-Anick Laplante, coordonnatrice aux affaires syndicales, et M. Jean Gouin, directeur général de la Fédération des médecins résidents du Québec.

Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les députés et membres de la commission, merci de nous donner l'opportunité de pouvoir nous prononcer sur le projet de loi n^o 113. Les résidents de médecine du Québec que nous représentons sont des médecins en fin de formation. Nous sommes environ 2 000 résidents: 500 qui étudient deux années pour faire la médecine de famille, et un nombre, de cinq à sept années d'études postdoctorales, qui désire entrer en spécialité.

Nous avons deux rôles. En qualité d'étudiants, nous entreprenons ces études. Les programmes qui sont mis sur pied par les universités déterminent le contenu de ces stages, selon les exigences du Collège des médecins du Québec, le Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Et, en tant que travailleurs, nous posons des actes médicaux très semblables aux médecins qui sont en pratique, des actes médicaux jour et nuit, la plupart du temps dans des centres universitaires, des centres hospitaliers universitaires. Et, dans ce contexte, les résidents en médecine sont des travailleurs salariés qui sont représentés par des associations accréditées selon le Code du travail, lesquelles forment la Fédération des médecins résidents du Québec.

Ce qui est intéressant des résidents, qui diffèrent un peu des étudiants en médecine et des médecins en exercice, c'est que nous sommes sous la supervision directe de ces médecins qui travaillent en établissements, et nos évaluations ne sont pas comme les évaluations d'un examen; elles sont plutôt subjectives. Ces évaluations se font au rythme d'environ d'un mois à six mois, dépendant de la durée de stage. Et elles dépendent de deux facteurs: des attitudes et des aptitudes, les attitudes étant les relations de travail, le comportement, la politesse, et les aptitudes, les habilités techniques, les connaissances de base, les connaissances des sciences médicales. Cette façon d'évaluer les résidents existe depuis toujours et donne, il faut le reconnaître, de très bons résultats, puisqu'on n'a rien à envier à nos collègues, que ce soient nos voisins du Sud ou nos voisins de l'Ouest ou de l'Est du pays.

Par rapport au projet de loi n^o 113, nous sommes généralement favorables aux changements... aux modifications suggérées dans ce projet de loi. Pour ma part, comme étant un jeune médecin, il est souhaitable que nous puissions informer nos patients non seulement de leur état médical, mais aussi des complications qui pourraient subvenir d'un acte médical. La communication a toujours été le meilleur outil pour un médecin et pour communiquer avec son patient. Nous étions d'ailleurs en accord avec les changements apportés récemment aux article 56 et 119 du Code de déontologie des médecins, changements qui vont dans le même sens que ce que propose le projet de loi.

● (11 h 30) ●

Cela dit, nous sommes d'avis que le projet de loi est un peu vaste sur certains aspects et que des restrictions s'imposent. Tout d'abord, dans l'article 7: l'article 183.3 n'accorde pas une assez grande importance sur le concept de confidentialité. Le fait de déclarer que ces informations ne peuvent être utilisées devant une instance judiciaire n'est pas suffisant, d'après nous. Nous trouvons que ces déclarations d'aucune manière ne devraient être transmises à d'autres personnes qu'aux gestionnaires de risques ou au comité de gestion de risques.

Nous proposons donc que l'article 183.3 soit modifié pour y inclure une déclaration de confidentialité

qui pourrait être analogue à celle que l'on retrouve à l'article 218 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux à l'égard des renseignements déposés au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et à ses comités.

Pour l'article 8, nous constatons aussi que le projet de loi va également beaucoup trop loin, relativement à l'obligation de déclarer. Nous sommes d'accord pour l'obligation de divulguer, comme le prétend l'article 56 du Code de déontologie, obligation qui est imposée par rapport à un médecin envers son patient. Nous sommes aussi d'accord avec l'article 119 du Code de déontologie qui oblige un médecin de divulguer des informations par rapport à un collègue qu'il ou elle pourrait juger comme étant inapte ou malhonnête dans sa façon de pratiquer la médecine.

Par contre, avec l'article 8 dans la loi n° 113, le projet de loi n° 113, ça donnerait un peu le devoir et la responsabilité à n'importe quel employé d'un établissement de déclarer tout acte qu'il ou elle pourrait juger comme étant une erreur ou un accident survenu dans le traitement d'un patient, et nous croyons vraiment que c'est trop vaste que d'inclure tous les employés d'un établissement. Moi-même, comme résident, je peux vous dire qu'on a plusieurs étudiants et qu'un grand nombre de résidents, surtout en début de pratique, n'ont pas nécessairement les connaissances nécessaires afin de pouvoir faire ce jugement entre ce qui constituerait une erreur médicale et un traitement qui était conçu pour un patient, qui aurait peut-être pu avoir une complication, même si ce patient était bien informé des complications qui pourraient survenir d'un traitement. C'est quand même subtil mais c'est quelque chose qui existe quotidiennement dans nos hôpitaux. La science est devenue absolument très complexe, exigeant une formation, de fait, qui ne se termine jamais.

Suivant, on peut présumer qu'une telle loi pourrait avoir des conséquences désastreuses sur la médecine si tout employé d'un établissement se voyait dorénavant investi du devoir de dénoncer tout ce qu'il pense être un incident néfaste. Il faut faire confiance à nos professionnels avant de mettre sur pied un régime de délation qui risque de créer beaucoup plus de problèmes que ce qui existe déjà. Nous croyons qu'un climat de méfiance pourrait s'instaurer dans nos établissements, et la possibilité de dénoncer tout médecin ne vaut certainement pas le bénéfice que l'on pourrait en retirer.

Nous reconnaissons que les établissements devraient être informés des incidents qui sont survenus afin de pouvoir adopter des mesures visant à les réduire le plus possible. Sans recourir à la délation, nous croyons qu'on pourrait y arriver en obligeant chaque travailleur à rapporter à qui de droit tout incident qui l'implique directement.

Nous croyons que toute information devrait être reliée directement au comité de gestion des risques plutôt qu'au directeur général lui- ou elle-même. Nous croyons que l'effet de confidentialité serait plus assuré si tout événement ou tout acte ou toute erreur pouvait être plutôt envoyé au comité de gestion plutôt qu'au directeur; de toute façon, c'est pour ça qu'ils sont là. Donc, s'ils ont un rôle à jouer, il faudrait leur donner l'opportunité de pouvoir jouer ce rôle. Et, encore, j'aimerais

mettre plus d'emphase sur le fait que la confidentialité serait plus assurée si c'était au comité directement qu'un individu pourrait rapporter toute erreur médicale qu'il ou elle aurait pu témoigner, aurait pu même être la cause.

Enfin, nous sommes d'avis que tout cet aspect du recensement des incidents survenus dans un établissement ne devrait d'aucune manière, à cette étape, concerner la régie régionale. L'information, de toute façon, sera transmise au compte rendu du rapport annuel que l'établissement doit de toute façon faire parvenir à la régie régionale, selon l'article 278 de la loi. Pour cette raison, nous suggérons de retirer le dernier alinéa de l'article 233.1 proposé par l'article 8 du projet de loi.

Par ailleurs, si le législateur devait, malgré tout, continuer dans cette voie de la délation, nous croyons qu'il ne devrait absolument pas imposer une telle obligation à un employé sans lui donner la garantie la plus totale que ce geste ne lui vaudra jamais quelque sanction. Comme je vous ai mentionné au début de la présentation, quelque chose qui est absolument clé pour un résident, c'est une évaluation qui pourrait être, des fois, assez subjective. Imposer une responsabilité à un résident ou à un étudiant en médecine avec les possibilités d'avoir des conséquences à sa formation, à ses relations de travail avec d'autres médecins et à son évaluation qui lui permet d'écrire ses examens à la fin de sa formation pourrait avoir des effets néfastes. Nous croyons que cet article 233.1 du projet de loi n° 113 devrait alors être complété par une disposition prévoyant que nul ne pourrait exercer quelque représailles, menaces ou sanctions à l'égard d'une personne qui aurait fait une telle déclaration. Cette prohibition ne serait pas nouvelle dans nos lois. Elle existe déjà dans l'article 14 dans le Code du travail.

Finalement, dans l'article 9, il prévoit l'obligation pour le conseil d'administration d'établir des règles relatives à la divulgation d'informations à un usager, en cas d'incident ou d'accident. Nous croyons que cette obligation devrait revenir plutôt au comité de gestion des risques qui aurait davantage l'expertise nécessaire pour ce faire. Cette obligation devrait par contre couvrir uniquement les employés autres que ceux qui sont déjà visés par les règles émises par leur ordre professionnel.

Nous vous remercions de votre attention.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie. M. le ministre.

M. Legault: Oui, Mme la Présidente. Tout d'abord, je voudrais remercier les représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec pour leur mémoire, pour leur présence aussi ici, ce matin.

Je pense qu'il y a des propositions que vous faites, là, qui sont plus qu'intéressantes. On a eu l'occasion hier, entre autres, de parler peut-être de la distinction qu'il faudrait faire entre les actes dont une personne a été témoin plutôt que d'avoir eu connaissance. Donc, je pense que ce sont des remarques, là, qu'on essaiera d'intégrer dans le projet de loi.

Maintenant, vous faites une distinction entre les médecins et les autres professionnels ou les autres employés quant à l'obligation de déclaration. Je voudrais bien comprendre. Bon. Vous dites: C'est déjà dans

le Code de déontologie des médecins, l'obligation de déclaration.

Je ne sais pas si ça touche les médecins résidents, mais je voudrais vous entendre, là. Pourquoi vous avez un problème à ce que tous les employés professionnels, médecins et médecins résidents, que tout le monde ait une obligation de déclaration? Il me semble que c'est plus simple et c'est très clair, même si c'est déjà couvert ailleurs pour certains employés. Pourquoi vous avez un problème avec cette obligation de déclaration pour tout le monde?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Zerey.

M. Zerey (Marc): Je vais me prononcer et peut-être qu'un de mes conseillers pourrait ajouter à ma réponse. Moi, je trouve que ce n'est pas nécessairement tout le monde qui est au courant nécessairement dans la médecine complexe qui existe aujourd'hui. Je trouve que c'est ainsi une grande responsabilité à tous les employés de l'établissement. Vous devez comprendre qu'il y a quand même un spectre important entre un médecin qui pratique la médecine envers son patient et n'importe quel autre employé. On ne parle pas... On parle d'infirmières, d'étudiants, de gens qui travaillent dans la cafétéria d'un établissement, on parle de n'importe quel employé. Donc, l'envergure est énorme. Ce n'est pas nécessairement tout le monde qui comprend la médecine comme telle.

Et, deuxièmement, ce n'est pas tout le monde qui est au courant de ce qui se passe entre un médecin et son propre patient. Une complication pourrait arriver lors d'un traitement et peut-être que la personne pourrait juger que cette complication était une erreur, était un accident. Or, des fois, des actes médicaux qu'on pose envers un patient, c'était une complication qui était peut-être prévisible. C'était une chance à prendre avec ce patient.

Ce n'est pas dire qu'on prend une chance juste pour que ça aille au détriment du patient. Mais, si un patient, disons, a 30 % de chance de développer une complication, en consultation avec ce patient, le patient serait d'accord à prendre ce risque de 30 % en échange d'avoir une chance de 70 % d'améliorer son état. On parle évidemment des patients qui ont un cancer qui est très avancé. Donc, on va faire une procédure comme une radiothérapie, disons, et le patient pourrait développer une rupture dans l'intestin ou un trou dans l'intestin à mesure que le cancer est en train de rétrécir, et ce patient doit se retrouver à la salle d'opération. Bon. Il y avait une chance de 30 % que ça se produise, mais le patient avait décidé de prendre cette chance afin d'éliminer le cancer mais s'est ramassé avec une opération qu'on espérait n'arriverait pas.

● (11 h 40) ●

Quelqu'un qui n'est pas au courant de cette conversation qui s'est passée entre un médecin et son patient aurait dit: Mon Dieu! Tu l'as ramassé dans la salle d'opération. La dernière chose dont ce patient avait besoin, c'était d'une opération, et on n'a pas nécessairement guéri ce patient de son cancer. Donc, ça dépend vraiment de la façon qu'on perçoit un acte médical et un accident, et, moi, je ne suis pas nécessairement sûr que

tout le monde dans l'établissement a le jugement, a l'information nécessaire afin de pouvoir juger si un acte médical était un accident, certainement pas un témoin. Je pense qu'on devrait faire confiance à nos médecins, qui suivent un code de déontologie assez strict depuis qu'ils sont entrés en médecine, et leur faire confiance de pouvoir au moins se déclarer eux-mêmes, si une erreur à cause d'une négligence ou un accident quelconque s'est produit, envers un comité de gestion de risques.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Oui. Je pense que l'objectif qu'on vise avec le projet de loi, c'est de s'assurer qu'on répertorie autant que possible tous les incidents et accidents qui pourraient avoir un impact sur la santé du patient. Ça peut être par exemple si un patient est tombé d'une civière. Ce n'est pas médical mais c'est un accident quand même qui peut avoir des répercussions. Pourquoi on ne se donnerait pas la chance que tous les intervenants puissent avoir l'obligation de déclarer? On jugera après si c'est pertinent ou non.

Donc, ça, c'est ma première question. Mais je voulais aussi dans la deuxième question, parce que, tantôt, vous ne m'avez pas répondu... Pourquoi vous êtes en désaccord sur le fait que les médecins et les médecins résidents soient clairement identifiés dans le projet de loi comme ayant une obligation de déclaration des incidents et accidents?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Zerey.

M. Zerey (Marc): Je suis d'accord avec vous qu'on devrait déclarer les incidents; je pense que ça se fait déjà dans les départements. Mais je pense que ce rôle devrait revenir à ceux qui sont concernés par l'acte, comme tels. Juste être témoin, c'est quand même — pour moi, enfin, je ne sais pas pour mes conseillers — un terme assez vague. Moi, si j'entends parler d'un acte qui s'est passé, qu'il y a eu un accident, qu'est-ce que j'ai à faire, moi, à déclarer un autre individu qui a fait un acte, qui a eu une complication avec un patient?

Moi, je comprends si c'est quelque chose qui est arrivé avec une civière, un patient est tombé d'une civière. En ce moment, déjà, il y a des rapports d'incidents qui se font, ça existe déjà. Mais je trouve que des fois il peut y avoir une situation qui n'est pas aussi noire ou blanche, des situations un peu plus grisâtres, où, vraiment, on met une responsabilité sur quelqu'un qui, nécessairement, n'aura pas toute l'information à sa disposition afin de pouvoir prendre cette décision.

Je ne sais pas si vous avez quelque chose à ajouter.

M. Castonguay (Jacques): Si vous permettez, je voudrais juste ajouter un mot...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, maître...

M. Castonguay (Jacques): ...à ce que le Dr Zerey vient de dire. D'abord, à votre question, M. le

ministre: Est-ce que les résidents sont soumis à la déontologie? La réponse est: Oui. C'est très clair, c'est clairement indiqué dans le code de déontologie, premièrement.

Deuxièmement, par rapport à ce que vous avez dit, la raison pour laquelle on vous suggère de laisser les professionnels, enfin, laisser les plaintes relatives aux professionnels se faire vis-à-vis des ordres professionnels, c'est parce qu'on pense que, pour le moment, c'est là que ça devrait se faire.

Vous savez, l'article 56 et l'article 119 du Code de déontologie du Collège des médecins sont des articles très récents qui sont en vigueur depuis à peine quelques semaines et qui sont nouveaux, et on pense que c'est à cet endroit-là que ces plaintes-là devraient se faire, voire de quelle manière le Code de déontologie pourrait être appliqué, qu'est-ce qui va ressortir de ça, et, à la suite de ça, si ce n'était pas nécessaire de probablement changer la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour inclure une disposition du type de celle que vous proposez d'inclure. Mais on croit qu'avec le nouveau Code de déontologie des médecins tout pourrait se faire à cet endroit avec efficacité. Ce qui était caché auparavant et qui restait caché ne le sera plus, et ça va permettre aux patients, aux victimes d'exercer tous les recours nécessaires sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans ce régime de délation que vous proposez.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Castonguay. M. le ministre.

M. Legault: Oui. Mais, écoutez, on a parlé beaucoup hier avec certains représentants effectivement de l'utilisation de cette approche de délation. Je ne pense pas que c'est l'objectif qui est visé. Évidemment, ce qu'on vise, c'est d'être capables d'avoir l'inventaire le plus complet possible des accidents et des incidents, en gardant toujours en tête l'usager qui a droit d'avoir cette information.

Donc, étant donné que dans un projet de loi on essaie de mettre en place un processus avec un groupe de gestion des risques, je ne comprends toujours pas pourquoi vous insistez pour que l'obligation de déclaration des médecins ne soit pas incluse dans le Code des professions. Mais, si on veut tout bien mettre au même endroit, quel est le problème à inclure cette obligation de déclaration des médecins et des médecins résidents dans le projet de loi?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Me Castonguay?

M. Castonguay (Jacques): Bien, essentiellement, vous avez dit: Il faudrait tout mettre au même endroit. Il y a déjà un endroit qui est le Code de déontologie des médecins, qui a été adopté par le Collège des médecins récemment, et on pense justement que, si pour concentrer ces plaintes à un même endroit pour éviter que ce soit éparpillé, ça devrait se faire au Collège des médecins via le Code de déontologie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Châteauguay.

M. Legault: Merci.

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous saluer et vous remercier de votre participation à nos travaux. Je sais qu'il faut faire rapidement.

Ma première question va porter justement, puisqu'on parle du Code de déontologie, sur l'article 119 — c'est vous-même qui nous en parlez dans votre mémoire — où vous nous dites que vous êtes d'accord avec l'article 119 du même Code introduisant l'obligation, pour un médecin, de signaler au Collège toute personne qu'il croit inapte, malhonnête ou incompétente.

Sous le thème de la délation, est-ce que vous considérez que l'article 119 encourage la délation?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Zerey.

M. Zerey (Marc): Je vais encore me prononcer et peut-être mon conseiller juridique pourra peut-être ajouter.

Si c'est la délation, évidemment, c'est quelque chose un peu plus... De ma perception de l'article 119, c'est un peu plus général que basé sur un acte spécifique. Moi, je pense que, lorsqu'on va juger qu'un médecin est malhonnête et inapte à exercer, ça va être un peu par rapport à ses fonctions. Ça va être quelque chose de plus global que nécessairement juger le médecin par rapport à un acte spécifique. Donc, si, vraiment, on perçoit qu'il y a un médecin qui semble venir, qui ne pratique pas bien sa médecine — j'utilise le terme au plus large — ça constitue une forme de délation, oui, mais une forme de délation qui est très différente d'une forme de délation par rapport à un acte individuel dont nous ne connaissons pas nécessairement tous les détails. Ça, c'est mon point de vue. Peut-être que Me Castonguay pourrait...

M. Castonguay (Jacques): J'aurais très peu à rajouter si ce n'est que dire: Oui, je suis d'accord avec ce qu'il vient de dire. Et on avait fait à l'époque les mêmes représentations au Collège des médecins, lorsqu'ils ont adopté le nouvel article. Ça représente, oui, une certaine forme de délation, mais, évidemment, beaucoup moins contraignante que ce que prévoit 233.1, à notre avis.

M. Fournier: Sauf que... et on peut maintenant en parler comme ça. Sauf qu'il y avait une raison, derrière cette délation, moins grande, mineure par rapport à l'autre que vous jugez est majeure. Il y avait une raison, c'était de protéger le public, de protéger les patients.

Je pense que c'est l'esprit qui accompagne le projet de loi, actuellement. Et de l'obligation de déclaration, c'est aussi de protéger les patients, et je pense que, si, de l'un, on doit dire que c'est une délation permise parce qu'elle attend qu'il y ait une multiplicité d'actes avant de porter un jugement d'inaptitude, l'autre me semble une délation du même ordre, sauf qu'elle n'attend pas une multiplicité d'actes. Au premier acte qui semble non conforme, il y a une déclaration.

Si on se met du côté de la protection du public, je dois vous avouer qu'entre les deux j'ai plutôt tendance

à choisir l'autre, celle qui, au premier regard, lorsqu'on voit qu'il y a eu un événement qui s'est produit, qui n'est peut-être pas une erreur médicale comme telle, là, un événement qui s'est produit qu'il soit déclaré pour qu'on puisse jouer sur les causes. Je ne pense pas que vous me convainquiez que la délation qui attend la multiplicité d'erreurs est une meilleure avenue que celle qui s'attarde, dès le premier instant, à faire une déclaration.

Quoi qu'il en soit, je vois qu'il y a quand même dans votre Code quelque chose qui va un peu à l'encontre de la proposition que nous ferons à la FMOQ, tantôt. La FMOQ propose de changer... Dans le projet de loi, en ce moment, ceux qui ont à déclarer, c'est ceux qui ont une connaissance d'un accident ou d'un incident. Tout le monde qui sont venus ici nous ont dit: Connaissance, là, c'est trop large, ça peut être du ouï-dire, ça n'a pas d'allure, il faut restreindre ça plus à être témoin où avoir constaté. Donc, quelqu'un qui est impliqué dans le coup... J'ai l'impression que c'est comme ça que ça va finir d'ailleurs, là; il y aura sûrement des amendements qui vont ramener vers ça, parce que c'était assez convaincant de ne pas embarquer dans le ouï-dire.

Mais il y a une différence entre avoir constaté et ce que la FMOQ propose. C'est que l'obligation de déclarer soit par celui qui a rendu la prestation de soins, et là, évidemment, là, ça commence à être très, très restrictif. Je me demande comment je dois comprendre la proposition de la FMOQ, car, pour les médecins eux-mêmes, il y a une obligation de procéder à une déclaration en vertu du Code de déontologie, là, de l'article 119, parce que, sur quelqu'un d'autre, on voit que les actes qu'ils posent ne sont pas corrects.

● (11 h 50) ●

Alors... Donc, tout ce beau, ce grand chemin là pour dire: Êtes-vous d'accord avec la déclaration qui ne vient pas — commençons par régler cela, là — simplement du médecin lui-même ou de la personne lui-même qui a rendu le service? Ça peut-être d'autres médecins qui, voyant un acte d'un autre médecin, puissent faire la déclaration. Je ne parle pas du Code de déontologie mais de celui au comité de gestion, là. Avec ça, vous êtes d'accord?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Zerey.

M. Zerey (Marc): Pardon? Vous pouvez répéter.

M. Fournier: Avec une déclaration qui serait celle du fait, non pas de celui qui a posé le geste mais d'un autre médecin par rapport à un geste d'un médecin et qui en ferait une déclaration, là, un peu dans le même esprit que 119 mais pas aux fins du Code de déontologie, aux fins de 113, auprès du comité de gestion.

M. Zerey (Marc): Mais, plutôt pas nécessairement l'acte comme tel, c'est plutôt vers le... humblement, moi, je pense que c'est plutôt vers le médecin, comme tel. Mais, je ne pense pas qu'on puisse juger un médecin par rapport à un acte. C'est là où je suis... je différencie un peu avec votre point.

Vous, vous dites que c'est... On devrait... Moi, je ne dis pas non, qu'il faut attendre une série de 20 erreurs afin de juger qu'un médecin est incompetent. Mais, nécessairement, on ne peut pas juger qu'un médecin soit incompetent après un acte. Les accidents, malheureusement, dans toutes les professions, la médecine aussi, ça arrive.

M. Fournier: Est-ce qu'il n'y a pas une piste de solution pour qu'on se retrouve quand on n'assimile pas la déclaration à un jugement? Parce que vous dites: La déclaration, comment on peut juger ça?

Bien. Mais la déclaration, ce n'est pas un jugement. La déclaration, c'est une constatation que quelque chose s'est produit, qui est référé, vu que ce n'est pas un jugement, à un comité de gestion. Parfois, ça va être le CMDP qui va aussi y participer. Ce n'est pas encore un jugement, là. C'est simplement une constatation qui a été faite.

Et, à cet égard-là, lorsque vous nous dites qu'il y a des gens qui ne sont pas compétents pour faire la constatation, moi, je vois ça comme ça: Si quelqu'un n'a pas les compétences pour voir qu'il y a eu une erreur, il ne fera pas de déclaration, il ne l'a pas constatée parce qu'il n'a pas la compétence pour déceler que c'était une erreur.

Mais, si la personne a de l'expérience — pas nécessairement bardée de diplômes, soit dit en passant — une expérience au fil des ans, finit, par certains, à développer une certaine répétition, finit par dire: Bien, c'est comme ça que ça marche d'habitude, et qui donc est à même de constater quelque chose d'irrégulier qui s'est produit, en fait une déclaration. Ce n'est pas encore un jugement, là. Il n'y a personne de coupable de rien, puis ça se peut qu'il n'y ait aucune pratique qui soit changée, parce que c'est tout à fait correct. C'est pour ça qu'il y a un comité de gestion par la suite qui vient regarder ça.

Alors, en quoi on aurait une crainte ou pourquoi, dans le fond, pourquoi assimilez-vous la déclaration à une culpabilité? Pourquoi n'avez-vous pas confiance que le comité de gestion va être là pour faire la part des choses entre quelqu'un qui n'a pas l'expérience, l'expertise pour déceler si c'était quelque chose de correct ou pas ou pour apporter les correctifs? Pourquoi vous le voyez tout de suite comme étant de la réprobation, que ça va vous tomber sur les... on va vous taper sur les doigts? Parce que, dans le fond, tant qu'on reste dans ce paradigme-là, on n'ira nulle part avec le projet de loi puis avec les nouvelles façons de faire, là.

M. Zerey (Marc): M. Gouin.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, M. Gouin.

M. Gouin (Jean): Dans notre société, on a un devoir de citoyen mais on a aussi un devoir de professionnel. O.K.? Ça, je pense que c'est vrai. C'est vrai que, lorsqu'il y a une erreur qui s'est produite ou on a l'impression qu'il y a une erreur, il y a un moyen de souligner la chose mais sans nécessairement franchir une ligne qui pourrait s'appeler délation.

Il y a un point, qu'on semble oublier ici, que les résidents tentent de faire, c'est que, déjà, l'article 119 du

Collège royal, on en a fait l'expérience à deux occasions à la Fédération des médecins résidents, où des résidents ont effectivement été dans l'obligation... Bien, dans l'obligation... On leur a demandé, nous, d'aller voir le Collège puis de dire ce qu'ils avaient à dire. Et le problème qu'on a eu, c'était de préserver à ce moment-là la confidentialité de l'individu.

Et c'est tout là qu'est le problème avec le projet de loi, à l'heure actuelle. C'est au niveau de la vulnérabilité du résident qui, par rapport aux autres employés, est toujours en situation d'évaluation pour pouvoir éventuellement avoir le O.K. nécessaire des médecins patrons, des médecins qui pratiquent, en exercice, pour pouvoir se présenter à l'examen et devenir eux autres mêmes médecins patrons.

Alors, il y a définitivement une très grande hésitation de la part des médecins résidents à faire ce genre de choses là et aussi du reste de la profession médicale, parce que la profession médicale a toujours exercé entre elle dans le sens... puis ils ont toujours été évalués par les pairs; alors ils veulent toujours que les choses se fassent par les pairs. Le Collège avait pris les devants là-dedans, et ce qu'on vous dit, c'est: Continuons avec ce que le Collège a fait avant d'embarquer dans un gros mécanisme.

Peut-être qu'on ne comprend pas bien le mécanisme que vous voulez mettre sur pied avec une espèce de comité de gestion des risques, et ainsi de suite. Peut-être. Peut-être qu'il y aurait lieu plus... de le rendre plus confidentiel. Puis peut-être que le but de ce comité-là devrait également permettre de rechercher comment on pourrait éviter ça, comme ça arrive par exemple avec les compagnies d'aviation ou les compagnies pharmaceutiques ou ce genre de chose là. Peut-être, tu sais. C'est peut-être, peut-être. Bon.

Alors, je reviens encore à ma notion de vulnérabilité, l'évaluation qui est faite, l'hésitation de certains résidents, et, dans certains cas, l'évitement des uns et des autres. Compte tenu que, si vous prenez un résident qui est juste sur la ligne de démarcation, dire: Oui, mon stage est bien mais je pourrais peut-être faire mieux, mais je vois des erreurs. J'aime mieux ne pas en parler parce que, si je le fais, ils vont dire que c'est moi qui les fait parce que je ne suis pas assez bon dans mon stage. Alors, il y a un problème là puis on ne sait pas comment le régler. Vous êtes là, je pense qu'on est là pour s'aider. Alors, ça, c'est un problème pour nous autres.

Puis la question de la délation, bien, on la voyait... C'est sûr et certain qu'on la voit avec notre lunette. Puis, pour nous autres, on appelle ça de la délation; vous autres, peut-être pas. Mais, si on connaît les tenants et aboutissants du comité de gestion des risques, c'est beaucoup plus facile, à ce moment-là. C'est de travailler... Parce qu'on dit: Le but ultime que vous avez mentionné tout à l'heure, M. Legault, c'était éventuellement comment est-ce qu'on peut faire pour éviter ça, pour aller chercher la qualité et non pas aller chercher l'imputabilité? Oui, l'imputabilité jusqu'à un certain point; mais l'imputabilité, ce n'est pas juste le médecin, c'était un paquet de choses qui existent.

Alors, c'est une chaîne, ça. C'est comme une chaîne de montage. Quand vous recherchez la qualité, quand vous faites les hélicoptères comme Bell Helicopter, hein? C'est tous ceux qui travaillent sur la

chaîne qui essaient le premier hélicoptère. Ça fait qu'ils vont faire en sorte que les pièces soient bien fabriquées.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors...

M. Gouin (Jean): C'est tout le temps qu'on a?

M. Castonguay (Jacques): Si vous permettez?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, oui, Me Castonguay.

M. Castonguay (Jacques): Peut-être un commentaire sur ce que M. Gouin vient de dire, rapidement, pour illustrer ce qu'il vient de dire.

J'ai accompagné, il y a quelques semaines, un résident au Collège des médecins qui doit répondre au syndicat d'actions, d'activités qui ont été commises par un de ses patrons, et qui doit donc répondre aux questions du syndicat, expliquer vraiment sa perception. Et le résident m'a dit... c'est un résident en fin de formation qui me dit: Ce médecin-là, d'ici le mois de mars, doit me signer une lettre comme quoi je suis apte à aller passer mes examens. Si j'ai des problèmes à l'avoir, qu'est-ce que vous pouvez faire?

La réponse, c'est: Rien. On ne peut rien faire. Parce que les règlements sont faits de cette manière. Si le médecin en question ne veut pas autoriser que le résident puisse aller passer ses examens, il n'y a pas de recours. C'est tout. Il a à attendre, de refaire d'autres stages, peut-être une année de plus.

Alors, c'est ce qu'on essaie de vous expliquer. C'est un contexte bien particulier. Puis là, on ne parle pas de délation; on parle de quelqu'un qui a à répondre à des questions qui sont posées par le syndicat. Imaginez dans un contexte comme celui de 233.1, ça ne s'appliquera jamais, en ce qui me concerne.

M. Fournier: Je sais que c'est terminé, mais je pense qu'il n'y a rien de facile dans un processus comme celui-là. Mais ça ne veut pas dire non plus que ça doit être un encouragement à ne pas essayer d'apporter des bonifications qui sont celles visées par le projet de loi.

Il va y avoir des difficultés dans le climat de travail, dans le climat des résidents de la façon qu'ils le font. Mais, avec des... Vous parlez de confidentialité, il y aurait peut-être des moyens d'ajouter ça dans le projet de loi pour protéger. Mais je pense qu'il faut aller de l'avant, quand même.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je pense que votre point de vue a bien été entendu. Il ne me reste, au nom de tous les membres, qu'à vous remercier pour avoir participé à cette commission.

Alors, j'inviterais maintenant les représentants et représentantes de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous accueillons maintenant le Dr Yves Langlois qui est

trésorier et président de l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu—Saint-Laurent, de même que Me Ginette Primeau qui est chef du contentieux. Bienvenue à cette commission parlementaire.

Alors, sans plus tarder, comme on a pris un petit peu de retard, je vous cède la parole immédiatement, et vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Langlois (Yves): O.K. Peut-être me présenter au départ. Je suis trésorier de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Je suis un médecin en pratique active à Saint-Jean-sur-Richelieu où j'ai une pratique hospitalière, là, pour à peu près 20, 25 % de ma pratique. J'ai aussi de l'expérience médico-administrative. J'ai même occupé par intérim le poste de directeur des services professionnels à l'hôpital du Haut-Richelieu. Puis j'ai aussi participé au comité du Collège sur la refonte du Code de déontologie, à titre de représentant de la Fédération.

● (12 heures) ●

Alors, constituée en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec regroupe 19 associations affiliées et représente l'ensemble des 7 400 médecins omnipraticiens exerçant leur profession au Québec. La FMOQ est heureuse de prendre une part active dans l'étude du projet de loi n° 113 intitulé Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Elle remercie les membres de la commission de la recevoir.

La FMOQ soumet le présent mémoire en tenant compte, d'une part, du rapport ministériel daté de février 2001 intitulé Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé — La gestion des risques, une priorité pour le réseau. D'autre part, la FMOQ, lors de l'élaboration du nouveau Code de déontologie des médecins adopté le 6 novembre dernier, a participé activement aux travaux du Collège des médecins du Québec, ce qui a impliqué des discussions et études relatives à l'introduction de la disposition 56 qui vise l'obligation qu'a le médecin d'informer son patient de tout incident, accident ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé. Enfin, ce présent mémoire est présenté en tenant compte des objectifs que vise le projet de loi n° 113 et des moyens pour les atteindre qui feront l'objet de nos commentaires généraux et spécifiques.

Commentaires généraux. Objectifs du projet de loi. Les objectifs du projet de loi répondent à une réalité décrite dans le rapport du comité ministériel énoncé précédemment que nous désignerons sous le nom du rapport Francoeur. Nous ne pouvons qu'adhérer à ce droit au patient de recevoir des soins sécuritaires et d'être informé de tout incident ou accident qui survient lors de la prestation de ces soins et qui aurait des conséquences sur son état de santé. Nous exprimons nos réserves sur la terminologie utilisée pour consacrer ce droit, plus particulièrement la notion de «bien-être» du patient, qui est un... en tout cas, un principe bien, bien

large — peut-être qu'on serait mieux d'utiliser «intégrité physique», comme c'est dans le Code de déontologie des médecins — et l'incidence des «effets indésirables» où, là, ça mériterait d'être précisé, ce qu'on veut dire par «effets indésirables». Également, ne serait-il pas pertinent de qualifier l'accident d'«évitable» par opposition à «inévitable».

La FMOQ a de grandes réserves sur les moyens proposés dans ce projet de loi pour atteindre les objectifs énoncés. D'emblée, nous dénonçons la délation qui y est prévue. Par ailleurs, la confidentialité des informations fournies est menacée. Enfin, les mesures administratives préconisées alourdissent inutilement les procédures déjà existantes. Les moyens tels que présentés menacent la qualité de la relation thérapeutique médecin-patient, menacent la qualité du travail d'équipe multidisciplinaire et prêtent flanc à un subjectivisme teinté de vengeance. La FMOQ, dans ses commentaires spécifiques, recommande des modifications qui, tout en respectant les objectifs du projet de loi, permettront d'éviter les embûches et voire même une judiciarisation éventuelle.

Commentaires spécifiques. Article 2. Cet article, assise légale reconnaissant au patient le droit de recevoir l'information qui y est précisée, rejoint en partie l'obligation à laquelle le médecin est lié par son Code de déontologie, que nous repreneons: «Le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier de tout incident, accident ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique.» Tel que mentionné dans nos commentaires généraux, la terminologie utilisée mérite une révision. Il y aurait lieu d'harmoniser cette disposition législative avec celle du Code de déontologie reprise ci-haut afin d'éviter toute ambiguïté dans l'obligation imposée au médecin. Quant à la portée de cet article, elle est trop grande eu égard au droit accordé au patient. En effet, en quoi le droit du patient est concerné dans les mesures prises pour prévenir la récurrence? De telles mesures ne concernent plus le patient mais visent spécifiquement les responsabilités du comité de gestion et le conseil d'administration de l'établissement en regard de sa clientèle.

Recommandations: que l'alinéa ajouté à l'article 8 de la loi soit modifié en reprenant les termes de l'article 56 du Code de déontologie des médecins; que les termes «ou pour prévenir la récurrence d'un tel incident ou accident» soient biffés.

Article 7. Tel que mentionné dans nos commentaires généraux, la terminologie utilisée dans le deuxième paragraphe du 183.2 doit être révisée afin d'éviter toute interprétation. D'ailleurs, cette terminologie ne se retrouve nulle part dans la loi.

Nous proposons par ailleurs que soit créé un poste spécifique au sein du comité de gestion, soit celui de gestionnaire des risques. D'ailleurs, il en a été fait mention dans le paragraphe 183.3. Le titulaire de ce poste aurait alors l'autorité légale de recevoir les déclarations visées à l'article 8 du projet de loi en remplacement du directeur général. Il nous apparaît en effet plus logique que cette responsabilité soit dévolue au gestionnaire de risques ou, à défaut, au comité de gestion.

Le paragraphe 183.3 introduit par l'article 7 est, à maints égards, incomplet ou incorrect. Ce paragraphe

devra viser toutes réponses ou déclarations découlant de la loi telle que modifiée, prévoir que toutes réponses ou déclarations faites au comité de gestion ou au gestionnaire des risques sont confidentielles et que seuls les membres du comité peuvent en prendre connaissance, prohiber toute transmission de telles réponses ou déclarations.

Recommandations: remplacer le deuxième alinéa du paragraphe 183.2 par le suivant: «à prévenir la survenance ou la récurrence d'accident ou d'incident lié à la prestation des services de santé et des services sociaux»; ajouter au paragraphe 183.1 le poste de gestionnaire des risques; ajouter au paragraphe 183.2 la fonction de recevoir la déclaration visée à l'article 233.1; modifier le paragraphe 183.3 en s'inspirant de l'article 218 de la loi actuelle afin d'assurer le caractère absolu de la confidentialité des réponses et déclarations détenues par le comité.

Article 8. L'article 8, à notre avis, alourdit inutilement les règles et procédures déjà existantes en ce que le médecin a déjà l'obligation, en vertu des procédures médico-administratives, la formule AH-223, d'inscrire au dossier du patient tout accident ou incident survenu. Ces informations seront alors archivées et accessibles au comité de gestion. Il s'agirait probablement de revoir un peu la formule AH-223 pour y inclure les éléments mentionnés et ça éviterait des duplications.

Également, il est utile de rappeler que le médecin qui exerce en établissement est déjà soumis aux procédures et règlements de l'établissement en sus des règles découlant de son Code de déontologie. Il répondra donc de ses actes au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, à son chef de département ou service clinique. Il devra respecter les règles d'utilisation des ressources, les règles de soins édictées par le CMDP et le département clinique et adoptées par le conseil d'administration. Il aura à faire les déclarations visées par son Code de déontologie. Il s'exposera, dans le cas de non-respect des règlements et des procédures, à des mesures disciplinaires.

Nous dénonçons de nouveau le libellé de cet article qui inclut la délation. Cette inclusion est malsaine et pourra avoir des effets pervers sur le travail de toute une équipe. Elle pourra faire échec aux objectifs visés par ce projet de loi.

Nous réitérons notre opposition sur la compétence du directeur général à recevoir l'information. Une telle compétence relève du gestionnaire aux risques ou du comité de gestion.

Nous questionnons la pertinence d'aviser la régie régionale de toute déclaration. N'est-ce pas une mesure administrative lourde, voire inutile? Nous croyons que, de façon non nominative, des données annuelles sur cette matière seraient incluses dans le rapport annuel que fait l'établissement à la régie régionale.

Recommandations: le libellé de l'article 233.1 doit être modifié et ne viser que tout incident ou accident découlant des services que la personne a elle-même rendus; reconnaître une présomption légale au bénéfice du médecin que la complétion des procédures — dossier du patient — équivaut à une déclaration visée à l'article 233.1; abroger le rôle du directeur général et l'avis à la régie régionale.

Article 9. Cet article prévoit que le C.A. de l'établissement doit, par règlement, élaborer les règles relatives à la divulgation des informations au patient. Il est important de rappeler, d'une part, que le médecin est lié par son Code de déontologie et l'article 56 précité. Le médecin ne pourrait être soumis à des règles incompatibles avec celles-ci. D'autre part, tout patient soigné en établissement d'un médecin avec qui il a un lien thérapeutique privilégié. Enfin, il est extrêmement important que le médecin soit informé de tout incident ou accident découlant des services rendus par une autre personne à son patient.

Recommandations. Nous sommes d'avis, compte tenu du lien thérapeutique entre le médecin et le patient, que les règles relatives à la divulgation d'informations au patient prévoient que, si l'incident ou l'accident découle de services rendus par le médecin, lui seul doit le divulguer à son patient; si l'incident ou l'accident découle de services rendus par une autre personne, le médecin en est informé et celui-ci, en consultation avec les intervenants concernés, évalue qui est la personne la mieux habilitée à informer le patient.

La Fédération des médecins omnipraticiens demeure disponible pour toute discussion que vous jugerez utile.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, Dr Langlois, pour la présentation de votre mémoire. Alors, sans plus tarder, je cède maintenant la parole au ministre.

M. Legault: Merci, Mme la Présidente. Merci, Dr Langlois, Me Primeau, pour votre mémoire et votre présentation. Je pense qu'il y a des propositions que vous faites, entre autres, sur la définition des termes qui sont... on essaiera d'intégrer dans le projet de loi. Je suis content de voir que la FMOQ est quand même d'accord avec les principes, les objectifs du projet de loi et, entre autres, le comité, la mise en place du comité de gestion des risques.

Première question. Dans les présentations antérieures qu'on a eues, entre autres hier, il y a des représentants des victimes ou de leurs proches qui sont venus nous dire que c'est primordial de s'assurer que l'accident qu'ils ont vécu ne se reproduise pas. Et vous semblez mettre en doute ce droit du patient à être informé puis de s'assurer qu'un accident ne se reproduise pas. Il me semble que c'est important. Puis vous dites... vous mettez en doute ce droit du patient. Est-ce que vous pourriez m'expliquer votre position?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Langlois.

M. Langlois (Yves): Bien, nous, ce qu'on dit, c'est que, à partir du moment où il y a eu l'évaluation du risque puis qu'il y a des mesures qui découlent pour éviter qu'un incident semblable se reproduise, ce n'est pas... le patient, lui, n'est plus nécessairement concerné par ça, parce qu'il a eu... je veux dire, il a subi, mais c'est les autres après ça qu'il faut... Il faut qu'on mette en place les mesures puis il faut qu'on s'assure que les mesures sont mises en place. Puis c'est au C.A. de l'établissement puis à l'établissement à voir à mettre en

place les mesures. On n'a pas l'impression que ça va changer grand-chose si...

Mme Primeau (Ginette): D'ailleurs, M. Legault...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Me Primeau.

● (12 h 10) ●

Mme Primeau (Ginette): ...quand vous parlez de droit, droit en vertu de quoi? Je veux dire, le patient, il est en droit de recevoir de l'information qui le concerne. Il peut avoir un souhait d'être informé. Qu'est-ce qu'on fait pour qu'il n'y ait pas d'autres personnes? D'ailleurs, quand vous lisez le rapport Francoeur, on lit les témoignages dans l'annexe A et on constate que, bon, les gens espèrent qu'il n'y aura pas récurrence pour d'autres patients. D'accord. Mais est-ce que de ça, ce souhait que ça se réalise, est-ce que ça en fait un droit?

M. Legault: En tout cas, je pense que c'est discutable. C'est une question d'appréciation. Je ne pense pas que c'est une question de juriste, là, mais c'est plus une question de savoir... Moi, je peux penser que, si j'étais parent d'une victime, ça pourrait peut-être m'intéresser de m'assurer qu'il y a des mesures qui ont été prises pour s'assurer que ça ne se reproduise pas. Mais je ne veux pas prendre trop de temps, parce qu'on n'a pas beaucoup de temps.

Deuxième question, puis après je laisserai mon collègue poser une question. Juste concernant la fameuse délation, là, ou l'interprétation que vous faites. Vous allez loin là. Vous dites dans votre mémoire: «Les moyens tels que présentés prêtent flanc à un subjectivisme teinté de vengeance.» En quoi vous voyez, dans le projet de loi n° 113, que ça prête flanc à un subjectivisme teinté de vengeance?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Langlois.

M. Langlois (Yves): Oui, bien, ça faisait référence surtout à la notion, là — puis, tantôt, vous l'avez corrigée — quand on faisait plutôt la distinction entre «connaissance» et «témoin», O.K.? Et là, ce qu'on voulait, nous autres, juste marquer, c'est qu'on ne parte pas à la chasse aux sorcières puis que tout le monde se mette à dénoncer tout le monde sans avoir été témoin directement des événements et qu'on ait juste entendu parler, puis que là ça devienne, tu sais... que la souris devienne une montagne et... C'est tout simplement ça qu'on voulait souligner.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Vachon.

M. Payne: Oui, merci. Un peu sur le même sujet. Je vous remercie, Dr Langlois. J'ai une certaine difficulté, comme client, comme nous sommes tous, à un moment donné, disons, en imagination au moins pour les fins de la discussion aujourd'hui, j'ai une certaine difficulté à reconnaître votre opinion telle qu'indiquée dans votre mémoire. Vous dites: En quoi le droit du patient est concerné dans les mesures prises pour prévenir la récurrence?

Je voudrais offrir deux considérations. Tout le système patient-établissement de santé est basé sur la confiance. Vous êtes d'accord? Deuxièmement, souvent, la maladie d'un patient est récurrente, je dirais même normalement. Lorsqu'on souffre d'une condition cardiaque, on est susceptible de recevoir le même genre de traitement sur une base répétitive, mais ce n'est pas une bonne raison que, moi, comme client, je sache que l'accident ne se répétera pas, surtout qu'il est susceptible que je revienne dans le même établissement, avec la même équipe de services, et vous suggérez, vous insinuez que je n'aurais pas de droit. Pouvez-vous m'expliquer un peu plus clairement?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Langlois.

M. Langlois (Yves): Me Primeau.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Me Primeau.

Mme Primeau (Ginette): Effectivement, est-ce que c'est un droit personnel de... mais, comme M. Legault voulait bien le noter, c'est que ce n'était pas une question de juriste. Est-ce que c'est la Loi des services de santé et services sociaux, parce que c'est une loi cadre, reconnaît... parce que déjà, dans la loi, il est reconnu des droits à l'usager, et là on vient préciser ces droits-là. Si on le voit de cette façon-là, on peut l'accepter, parce que, dans le chapitre des droits des usagers de la Loi sur les services de santé et services sociaux actuellement en vigueur, on pourrait dire que c'est une continuité de ces droits-là, et on va au-delà du droit personnel.

Je comprends très bien la situation que vous expliquez, elle est réelle, qu'on peut revenir et que, en vertu de ce droit-là, je sois informé qu'il n'y ait pas de risque qu'il y ait récurrence et que je sois victime d'une erreur identique ou similaire dans un épisode de soins ultérieur. Mais c'est un exemple. Seulement que, au niveau légal, quel est le droit du patient d'obtenir l'information sur les mesures prises pour éviter toute récurrence face à toute la population? C'est sur ça qu'on se questionne, parce que ça devient très lourd pour l'administration. On va prendre l'hypothèse où il ne serait pas informé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Vachon.

M. Payne: Mais je pense que la lourdeur devrait être relativisée à l'égard du droit du patient justement de savoir des éléments qui concernent directement sa santé et peut-être sa vie. Quand vous dites: En quoi le droit du patient est concerné dans les mesures prises pour prévenir la récurrence? Mais, justement, le projet de loi préconise des mesures qui vont accorder un équilibre de droit au patient. Est-ce que vous êtes en désaccord avec ça?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Me Primeau.

Mme Primeau (Ginette): Non, le patient, en général, à ce moment-là, c'est que...

M. Payne: Non, non, j'ai donné des exemples très concrets.

Mme Primeau (Ginette): Je trouve que c'est un droit...

M. Langlois (Yves): Oui. En tout cas, écoutez, je ne pense pas qu'on va s'objecter... En tout cas, moi, je ne suis pas juriste, là. Je pense qu'il est probablement souhaitable que le patient ait une information sur les suites données si jamais il y a eu une erreur, qu'il soit avisé de l'erreur, comme on le sait. Ça, on est d'accord avec ça. Mais, maintenant, moi, je n'embarquerai pas dans le débat de juristes pour savoir: Est-ce que ça doit être inscrit dans la loi comme un droit? Là, je ne suis pas un juriste là-dessus. Mais il est probablement souhaitable que le patient, lui, individuellement, soit avisé. Maintenant, est-ce que ça doit être la population en général? Est-ce que ça doit être divulgué dans un cadre légal à tout le monde? Ça, c'est une autre affaire.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Il vous reste deux minutes, M. le ministre. Ça va? Oui. Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui, merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous souhaiter la bienvenue. Merci de nous consacrer un peu de temps et merci de soulever ce débat-là parce qu'on va avoir à en discuter lorsqu'on fera l'étude article par article, et la question se pose, vous l'avez posée, j'y répons différemment de vous.

D'abord, sur la notion de droit et du débat de juristes, nous, quand on adopte un projet de loi, forcément on est en train de décider s'il y aura des devoirs, des droits, des responsabilités et, si on veut parler de droit à l'information à ce qui est fait dans le traitement d'une... à une étude d'un accident puis des corrections qui sont apportées, parlons-en une fois que la loi sera adoptée, et ce sera un droit, un droit reconnu par la loi n° 113, qui donne ce droit-là. Alors, pour les juristes, la question sera réglée.

Pour le politique, la question est de savoir: Est-ce qu'il est utile à ce moment-ci de reconnaître ce droit-là? Et, à la façon dont vous posez le problème, c'est un peu comme si vous... Je comprends votre raisonnement, là. C'est un peu comme si vous disiez: Bon, l'accident pour cette personne X là est arrivé; une fois qu'il est passé, l'accident, on ne ramènera pas dans le temps, là, on ne reculera pas les horloges, et, pour l'avenir, on pourra régler quelque chose, mais, pour ce cas-là, on ne peut pas rien régler. Et donc, vous dites à cette personne-là: Les correctifs ne changeront rien. Je pense qu'ils ne changeront rien par rapport à ce qui s'est passé, mais on ne peut pas dire qu'ils ne changeront rien du tout à l'égard de cette personne-là. Il y a un aspect que mon collègue soulève... la préparation mentale est retournée dans cet établissement-là et, déjà là, ça change quelque chose.

Mais l'individu... et nous avons eu des témoignages ici, en commission, passablement pesants, pour vous dire que... et je pense qu'ils ont... nous avons tous été approbateurs de ces témoignages-là... m'amènent à penser que nous ne sommes pas que des individus, dans cette société. Nous ne sommes pas qu'un ramassis

d'individus qui n'avons que des intérêts personnels. Nous sommes des individus qui vivons des expériences et qui parfois souhaitons que, pour la collectivité en général, d'autres ne soient pas soumis à ces mêmes accidents. Et, dans ce sens-là, ça dépasse le stade d'un patient qui dit: Est-ce que je vais retourner? C'est correct de se poser ça. C'est dans l'angle de l'étude de l'individu qui pense à lui-même et pense à son avenir. Il a le droit. Dans une société, on a le droit de penser à nous. Mais nous avons aussi le droit de penser à la collectivité. Et il est possible que, dans les mesures remédiatrices, il y ait celle-ci de se dire: J'ai peut-être payé un prix physique d'un accident qui s'est passé, mais ce sera réparateur pour moi de savoir que d'autres ne connaîtront pas ce genre d'expérience. Et donc, quand vous posez le constat que ça ne change rien pour ceux qui ont connu un accident, je vous dis que je ne partage mais absolument pas cette façon de voir. Bien sûr que ça ne remet pas les pendules en arrière et ça n'empêche pas que l'accident ait eu lieu, mais toutes les conséquences d'un accident ne se limitent pas à la santé physique, soit dit en passant, et débordent beaucoup.

Alors, est-ce que je dois comprendre... On a fait ce débat-là, et je pense qu'on partage pas mal tout le point de vue là-dessus, sur l'importance d'informer les gens de ce qui s'est passé. On leur divulgue un accident et on les laisse dans le noir, on ne leur dit pas ce qu'on fait avec, on partage juste le point de vue qu'il faut le dire. Est-ce que nous pourrions nous dire, lorsqu'on va faire l'étude article par article, que vous croyez aussi que ce serait pertinent que les gens, à qui on a divulgué qu'il y a eu un accident, puissent aussi savoir ce que l'institution de la santé, avec tous ses partenaires, a fait de cet accident-là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Langlois.

• (12 h 20) •

M. Langlois (Yves): Oui, écoutez, moi, comme je vous dis, là, je ne ferai pas le débat legaliste. Moi, je pense que c'est probablement souhaitable que le patient concerné... Maintenant, est-ce qu'il faut que ce soit divulgué à l'ensemble puis voir, puis là... c'est parce qu'il y a des dangers que ça fasse peur à plein de monde aussi, tu sais. Il faut voir.

M. Fournier: ...ici, le projet de loi ne prévoit pas de divulgation par voie d'avis public dans les journaux de la région, il prévoit simplement que la personne à qui on divulgue qu'il y a eu un accident, qu'on lui dise en même temps: Sais-tu, l'accident, on s'en occupe puis on a fait telle, telle chose. Alors, c'est une divulgation qui est limitée à ceux qui ont eu la connaissance.

J'ai peut-être le temps pour une brève question. C'est un peu le thème que j'ai abordé tantôt avec ceux qui ont précédé, ça va vous permettre de m'en parler. Alors, on est passé du projet de loi où les gens qui déclarent sont ceux qui ont eu connaissance. On s'en va directement vers une modification qui va être ceux qui ont constaté, donc qui étaient sur place. Et vous dites: Non, il faudrait que la déclaration vienne de celui qui a posé le geste. On vient de soulever l'article 119 qui, déjà, à l'égard des médecins, semble dire que ce n'est

pas que celui qui pose les mauvais gestes qui est obligé de se déclarer inapte à faire des actes, ses pairs qui peuvent aussi, au fil du temps, voir que les gestes sont mal posés, constituent une inaptitude, donc doivent le dire au Collège des médecins. Alors, comment dois-je interpréter votre demande que l'obligation de déclaration soit limitée à celui qui est en erreur?

M. Langlois (Yves): Écoutez, nous, on l'a mis là, surtout pour marquer le fait qu'on ne doit pas partir dans une chasse aux sorcières. O.K.? Puis on pourrait se rallier probablement à la position du Collège des médecins qui dit «dont il a été témoin», O.K.?, ou «il a été partie prenante», même si ce n'est pas lui qui l'a fait. Nous, on l'a mis là surtout pour éviter la chasse aux sorcières où, là, tu sais... «a eu connaissance», en référence surtout au fait du «a eu connaissance» qui était dans le projet de loi initial.

M. Fournier: Très bien. Lorsqu'on est au stade de la déclaration, est-ce qu'on peut toujours — au stade initial, c'est avant le comité de gestion — est-ce qu'on peut toujours savoir déjà qui est en cause dans l'erreur? Est-ce qu'on peut... Déjà, on avait l'exemple qui nous a été donné, de la seringue... comment ça s'appelle?

Une voix: ..

M. Fournier: Cette affaire-là, là. Alors, il y a un produit... Est-ce qu'on peut savoir dès le départ que dans la seringue se trouve... Qui est responsable de l'erreur dans la seringue? Est-ce qu'elle est sur le mauvais plateau? Est-ce qu'elle a été remplie pour la mauvaise personne? Est-ce que c'est parce que ce n'est pas le bon médecin qui est dans la place? Autrement dit, quand la déclaration arrive, est-ce qu'on peut déjà avoir terminé le travail du comité de gestion qui aura, lui, à regarder la chaîne des événements et qui pourra dire: Bon, voici où est le bobo? Autrement dit, il est plus utile que tous ceux qui ont eu affaire, là, dans les soins qui ont été donnés et qui ont constaté qu'il s'est passé quelque chose puissent avoir la capacité de déclarer, même s'ils ne sont pas médecins, même si, par exemple, c'est une infirmière qui voit quelque chose qui s'est passé qui peut peut-être impliquer un médecin... mais, bon, c'est le comité puis le CMDP qui verra ça par la suite. Mais, au niveau de la déclaration, partagez-vous mon point de vue que c'est assez difficile, au moment de la déclaration, de savoir déjà comment l'histoire se termine?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Langlois.

M. Langlois (Yves): Oui, ça, je suis d'accord. Écoutez, je viens de le dire, c'est qu'on l'avait mis là pour marquer surtout le fait qu'on faisait référence à la connaissance, puis qu'on ne parte pas pour... un processus de délation qui pourrait donner place à des abus. Mais c'est évident que, s'il y a... Comme je vous dis, on pourrait se rallier à la position de dire «a été témoin», donc a été témoin à un moment donné dans le processus, même si ce n'est pas le médecin lui-même; même si c'est le médecin qui a fait une erreur puis c'est

l'infirmière qui s'en aperçoit mais qu'elle a été témoin directement de ça...

M. Fournier: Oui, oui.

M. Langlois (Yves): ...on n'est pas nécessairement fermé à ça.

M. Fournier: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme la députée de Joliette.

Mme Lespérance: Bonjour. Je suis enchantée d'avoir pu lire vos commentaires. Maintenant, moi, j'aimerais vous faire un petit résumé, quand j'ai eu le projet de loi à l'Assemblée nationale, 113, comment j'ai réagi et où en est ma réflexion actuellement par rapport à toutes les interrogations que, vous autres aussi... D'abord, j'ai travaillé 25 ans dans le domaine de la santé, à peu près à tous les niveaux, à tous les postes, ce qui veut dire que j'ai quand même une connaissance grande de ce qui se passe dans le réseau. Lorsque M. le ministre a déposé la loi n° 113, je me suis objectée à dire qu'on avait besoin de cette loi-là parce que, je me disais, c'est de mettre la charrue en avant des boeufs, puisque de toute façon on n'a pas dans la loi l'indemnisation des victimes. Donc, je trouvais ça suffisamment important pour dire que, non, c'est de mettre la charrue en avant des boeufs. Mais force m'est maintenant de constater que, après avoir entendu divers témoignages, de comprendre que tous les mécanismes qu'on a mis en place dans nos milieux depuis 25 ans, depuis 30 ans, qui sont pour la plupart des comités de gestion de risques, qui sont la déclaration obligatoire, qui sont votre formulaire rose, ce qu'on appelle, nous autres, la «feuille sommaire»...

M. Langlois (Yves): AH-223.

Mme Lespérance: O.K. Force m'est de constater que, si aujourd'hui on est rendu à vouloir adopter une loi comme ça, ça veut dire que c'est un constat d'échec en partie, hein. Il ne faut pas se mettre, se cacher la tête dans le sable. Ça veut dire que tout ce qu'on a pris comme intervention ou comme responsabilité à l'intérieur de chacun de nos milieux, à l'intérieur de chacune de nos corporations n'est pas suffisant, puisqu'on en arrive encore au même résultat où la gestion des risques ne va pas encore assez loin. Moi, je pense que, effectivement, il y a des dangers parce qu'on... de la façon dont c'est libellé, puis je pense qu'on a une ouverture d'esprit à corriger, là, plusieurs articles... Il y a des choses que vous avez mentionnées qui sont extrêmement fondamentales, comme, par exemple, d'être témoin direct, qu'il y a beaucoup de paperasse, O.K.? vos collègues, antérieurement, ont mentionné. Il va falloir effectivement trouver des formules simplifiées.

Mais je pense que les objectifs qui sont visés dans cette loi-là, ils sont louables. O.K.? Probablement incomplets mais louables. Et ça va être à nous autres comme intervenants de tous les milieux et comme équipe multidisciplinaire... Parce que, depuis 25 ans, il y a une évolution très grande qui a été faite aussi au niveau de l'équipe multidisciplinaire, de tous les professionnels de

la santé. Et peut-être que, à tort, on ne vous a pas suffisamment mis dans le train qui passait depuis 25 ans dans les établissements pour travailler dans les comités de gestion de risques. Puis peut-être qu'on n'a pas assez pris de risques.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, votre question. Votre question, Mme la députée de Joliette.

Mme Lespérance: O.K. Donc, si effectivement les articles qui... bon, le témoin direct... qu'on simplifiait les choses, est-ce que vous auriez plus d'ouverture d'esprit à être d'accord avec le projet de loi n° 113?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Langlois.

M. Langlois (Yves): Mme la députée, on est d'accord avec le projet de loi n° 113 puis l'esprit de la loi, là. On avait des réserves, on vous les a émises. Mais l'esprit de 113, ça ne nous émeut pas puis, je veux dire, on est d'accord avec ça. On est d'accord avec ça, comme on était d'accord avec l'article 56 du Code de déontologie. Donc, on n'a pas de problème avec ça. Mais on a des problèmes avec certaines technicalités, on vous les a exprimés.

Puis je vais vous dire, écoutez, vous savez, dans les erreurs médicales, il n'y a pas juste les erreurs des médecins, hein, il y a tout un processus. Et, bon, pour avoir été au Collège comme expert pour faire de l'inspection professionnelle, etc., je pourrais vous dire que, bon, ce n'était sûrement pas parfait, mais, dans le processus d'évaluation des médecins, il y avait un processus très rigoureux puis parfois assez difficile pour les médecins. Je ne sais pas si les autres professionnels se sont donné les mêmes moyens.

Alors donc, moi, je veux dire, comme je vous dis, on n'a pas d'objection avec l'esprit de la loi n° 113. Puis c'est peut-être en continuité avec ce que le Collège a déjà fait et ce que les CMDP dans les établissements font, pas toujours avec beaucoup de facilité parce qu'il n'y a pas toujours les moyens nécessaires. Mais ça s'inscrit dans un processus de qualité totale, entre guillemets. Puis je pense qu'on ne peut que souscrire à ça, nous autres aussi.

Mme Lespérance: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Dr Langlois et Me Primeau, merci d'avoir accepté de participer à cette commission.

Et maintenant, je suspends les travaux jusqu'à 14 h 30, dans cette même salle, pour un autre mandat.

(Suspension de la séance à 12 h 29)

(Reprise à 14 h 36)

Projet de loi n° 142

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): La commission des affaires sociales est réunie afin de

procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 142, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Alors, Mme Rochefort (Mercier) va être remplacée par M. Fournier (Châteauguay).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je fais lecture de l'ordre du jour. Nous allons rencontrer... Après les remarques préliminaires, nous allons rencontrer, à 14 h 45, la Fédération des médecins spécialistes du Québec; suivie, à 15 h 30, par les représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; 16 h 15, la Fédération des médecins résidents du Québec; 17 heures, la Fédération des associations étudiantes en médecine du Québec; avec remarques finales à 17 h 45, pour ajourner à 18 heures.

Remarques préliminaires

Alors, sans plus tarder, nous allons maintenant passer aux remarques préliminaires. Je vous avise qu'il s'agit de 15 minutes: six minutes pour le groupe parlementaire formant le gouvernement, six minutes pour le groupe parlementaire formant l'opposition et trois minutes pour la députée indépendante. Sans plus tarder, je cède la parole au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux. M. le ministre.

M. François Legault

M. Legault: Oui, Mme la Présidente. Chers collègues de l'Assemblée nationale et puis représentants de la Fédération des médecins spécialistes, d'abord, ça me fait plaisir d'être ici, cet après-midi, pour commencer ces consultations préliminaires. On le sait, le projet de loi n° 142 apporte des modifications à la Loi sur les services de santé et services sociaux, notamment en ce qui concerne les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins. Donc, ce projet de loi permettra d'améliorer l'accès aux services médicaux pour l'ensemble de la population du Québec. Il est essentiel, à mon avis, pour le gouvernement que toutes les Québécoises et tous les Québécois aient accès aux mêmes services de base, et cela, peu importe où ils se situent sur le territoire du Québec.

Ce projet de loi est le fruit d'intenses négociations que nous avons eues avec les fédérations de médecins au cours des dernières semaines. Et un tel projet de loi est rendu nécessaire à cause de la difficulté de trouver des médecins disponibles en dehors des heures régulières de travail surtout, à cause aussi des pénuries chroniques de médecins dans de nombreux territoires et aussi par la nécessité, on l'a vu cet été, de maintenir les services d'urgence 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Donc, l'intervention de l'État est nécessaire pour favoriser une meilleure répartition des médecins sur notre territoire et pour répondre plus adéquatement aux attentes de la population en matière d'accès aux services médicaux.

Le Québec dispose déjà d'un ensemble de mesures incitatives qui, bien qu'elles soient efficaces, ne suffisent plus à répondre à l'ensemble des besoins de la population des régions, donc c'est pourquoi nous souhaitons corriger cette situation. Les actions envisagées visent essentiellement à diriger l'offre de services médicaux de manière à répondre aux besoins prioritaires de la population, d'améliorer les mesures existantes et d'en introduire de nouvelles pour éviter les ruptures de service dans les services de base.

D'abord, concernant les plans régionaux d'effectifs médicaux, ce qu'on appelle les PREM, c'est un élément déterminant dans la recherche d'une répartition plus équitable des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire québécois. Les PREM sont d'autant plus importants qu'ils visent fondamentalement l'installation des médecins de façon permanente par opposition aux mesures de dépannage qui recherchent une participation temporaire et ponctuelle du médecin.

● (14 h 40) ●

Donc, pour mieux répartir l'offre de services médicaux en omnipratique, le projet de loi prévoit que les régies régionales devront élaborer les PREM pour les cliniques médicales privées afin d'assurer une meilleure répartition des médecins de famille entre les régions et à l'intérieur de celles-ci. Pour ce qui est des médecins spécialistes, en appliquant une gestion plus rigoureuse des PREM déjà établis, nous allons assurer une meilleure répartition des médecins spécialistes entre les régions du Québec. Et, à l'aide de cette gestion resserrée, chaque établissement pourra dispenser les soins de base que nous avons identifiés, soit la médecine interne, la pédiatrie, la radiologie, la psychiatrie, l'anatomopathologie, l'anesthésiologie, l'obstétrique et la chirurgie générale, et les médecins qui refuseraient de se conformer aux PREM établis pourraient se voir privés de 30 % de leur rémunération.

Concurremment à l'adoption des modifications législatives qui permettront une plus grande étanchéité des PREM, il y a lieu de revoir aussi les dispositions qui établissent une rémunération moindre pour les médecins qui débutent l'exercice de leur profession en s'installant en région universitaire. Donc, le projet de loi propose de modifier la Loi sur l'assurance maladie afin notamment de supprimer la rémunération différenciée imposée aux médecins durant les premières années d'exercice de leur profession ou de leur spécialité dans le cadre du régime d'assurance maladie. Donc, en abolissant cette pénalité de 30 % imposée aux jeunes médecins en début de carrière, le gouvernement du Québec confirme son engagement pris au Sommet du Québec et de la jeunesse de s'attaquer aux iniquités intergénérationnelles.

Maintenant, dans la loi actuelle, la mesure concernant les activités médicales particulières, les AMP, pour les omnipraticiens, permet de diriger une partie de l'activité des jeunes médecins omnipraticiens de moins de 10 ans de pratique vers des activités particulières. Les régies régionales ont la responsabilité d'établir la liste de ces activités sur avis du département de médecine générale. Le choix des activités varie donc d'une région à l'autre, et l'étendue des activités retenues n'a pas toujours permis de combler les besoins de main-d'oeuvre à l'urgence et auprès de patients hospitalisés. Donc, les modifications législatives proposées visent

donc à circonscrire les secteurs d'activités particulières parmi lesquels les choix régionaux pourront être faits. Nous avons élaboré une liste de cinq activités qui devront être accomplies en priorité. Il s'agit des soins à l'urgence, ceux dans les centres hospitaliers, ceux dans les centres hospitaliers de soins de longue durée, l'obstétrique et la prise en charge par un médecin de famille des clientèles vulnérables.

Pour ce qui est des médecins spécialistes, le projet de loi prévoit que tout médecin spécialiste qui n'exerce pas dans un centre hospitalier et dont la spécialité est visée dans une entente relative aux AMP devient soumis à cette entente.

Donc, ces mesures vont permettre, on l'espère, d'atteindre une meilleure organisation des services, de répondre aux services de base, et j'invite donc l'ensemble de la profession médicale à exercer sa responsabilité. Chaque membre d'une société doit jouer correctement son rôle de citoyen, car si, comme citoyen, on a des droits, on a aussi des devoirs, et c'est pourquoi je demande à l'ensemble des médecins du Québec leur collaboration au cours des prochaines semaines pour encore mieux servir la population du Québec et de travailler de façon solidaire et équitable pour toutes les régions du Québec. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie, M. le ministre. Je cède maintenant la parole au député de Châteauguay.

M. Jean-Marc Fournier

M. Fournier: Oui. Merci, Mme la Présidente. De façon assez raccourcie, parce que je pense qu'on est déjà en retard sur notre horaire alors qu'on commence. D'abord, rappeler que certains des principes, certains des éléments qui se retrouvent à l'intérieur du projet de loi n° 142 sont des éléments que nous avions suggérés à l'époque du projet de loi n° 114 pour éviter justement qu'il y ait une loi spéciale contre les médecins. Je rappelle certains de ces éléments: l'extension des AMP, la priorisation des AMP, le suivi des clientèles vulnérables, le respect des PREM. Voilà autant d'éléments qui, alors, ont été dénoncés par le gouvernement et que, maintenant, le gouvernement adopte et choisit d'inclure dans un projet de loi qui a fait l'objet d'une négociation fructueuse, semble-t-il, avec la Fédération des omnipraticiens. On est très heureux qu'il y ait de ce développement, mais encore faut-il comprendre que ce n'étaient pas les seules choses que nous avions mises dans ce que nous appelions notre contrat de performance du gouvernement concernant des solutions durables. Nous y avons mis aussi des obligations pour le gouvernement, parce que, dans toute négociation, dans tout contrat, il y a des responsabilités des deux côtés, et c'est encore plus vrai lorsqu'on veut signifier qu'il y a des responsabilités collectives, comme le disait le ministre.

Et toute la question des conditions de pratique, toute cette question des soins à domicile qui sont sous-financés, de ces blocs opératoires pour lesquels il y a pourtant des médecins et des patients, des listes d'attente, de l'équipement, mais qu'il n'y a simplement pas de financement à l'hôpital pour que l'on ouvre, qu'il y ait des lits d'hébergement pour que les lits de courte durée

servent à faire de la courte durée, qu'il y ait un environnement de travail qui soit propice en termes d'équipement, notamment, pour que les médecins puissent faire leur travail de façon professionnelle, et en toute confiance, et en sachant qu'ils sont le mieux équipés pour le faire, ces éléments-là, on me dira, n'ont pas à apparaître dans un projet de loi.

Soit, je veux bien accepter cette dimension, mais, à l'égard d'un projet de loi comme celui-ci qui impose des contraintes à nos partenaires... Parce que, encore faut-il le dire, surtout lorsqu'on entend adopter un projet de loi qui fait suite à une loi spéciale sur les médecins, alors qu'il y a déjà eu une loi spéciale contre les pharmaciens, une loi spéciale contre les infirmières, ces gens qui oeuvrent dans le milieu de la santé, ce ne sont pas des adversaires, ce sont des partenaires. Et, si on veut que ce climat de partenariat revienne — parce que, avouons-le, il est parti — si on veut qu'il revienne, nous n'avons pas d'autre solution que d'amener le gouvernement à comprendre qu'il a une responsabilité, lui aussi, il a des obligations, lui aussi. Lui aussi, il peut faire en sorte que la pratique médicale soit plus facile et que la répartition dans les régions de ces médecins soit aussi facilitée de ce côté-là. Et, tant que le gouvernement va maintenir qu'il a pris toutes les bonnes décisions, que les bonus à la retraite, c'était la meilleure chose qui pouvait arriver, que le sous-financement, dans le fond, c'étaient des bonnes décisions qui avaient été prises... Tant qu'on va rester avec ce discours-là, on va avoir une difficulté à rapprocher les partenaires.

Alors, moi, j'aborde cette commission parlementaire d'abord dans un esprit de découverte des éléments de plomberie du projet de loi pour voir comment ils vont fonctionner, comment ils vont affecter la pratique, surtout sous l'angle du patient, ça va de soi, pour voir comment le patient peut en tirer profit. J'espère que nous aurons l'occasion, durant la commission parlementaire, de voir qu'il y a un nouveau dialogue qui prend place et que, pour arriver à ce nouveau dialogue, le ministre ne sera pas avare de propos laissant entendre qu'il prend des engagements. Ce n'est pas tout que de dire que le réseau a des besoins, hein, il faut aussi dire quels sont les moyens qu'il entend prendre, qu'il entend offrir. Jusqu'ici, les moyens, c'est le néant, c'est zéro, il n'y a rien. Alors, il va falloir qu'il y ait des engagements là-dessus, parce que, lorsqu'on demande des engagements aux autres, il faut, bien sûr, s'attendre à ce que les autres demandent aussi des engagements au gouvernement, et c'est, je pense, le bon moment pour que l'ensemble des parties qui sont partenaires du réseau de la santé fassent ces déclarations et informent la population pour qu'on ait un meilleur réseau. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est moi qui vous remercie, M. le député de Châteauguay. Mme la députée de Joliette, est-ce que vous avez des remarques préliminaires?

Mme Lespérance: Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous avez trois minutes.

Mme Sylvie Lespérance

Mme Lespérance: D'abord, effectivement, moi, j'aborde cette commission dans une ouverture d'esprit, sachant très bien que, s'il n'y a pas des amendements majeurs à la loi, c'est sûr que nous, une loi comme ça qui, dans les buts visés, est noble, mais qui va restreindre toute la pratique médicale et qui n'est pas, à notre avis, la solution adéquate pour faire travailler tous les partenaires en collaboration... Donc, tout comme mon collègue, effectivement, je vais avoir une ouverture d'esprit, mais, si effectivement les amendements majeurs ne sont pas faits, à ce moment-là c'est sûr que ça va être très difficile pour nous autres, parce que cette loi-là contient une notion d'engagement qui est assimilable à la notion de contrat individuel que le congrès même des médecins a rejetée. Donc, je me dis: Ce n'est pas en contraignant les gens qu'on va les amener à collaborer dans notre réseau de santé et amener des solutions réalistes durables.

● (14 h 50) ●

Donc, je vais m'ouvrir les esprits, je vais entendre ce que les gens vont avoir à dire. Et je trouve déplorable qu'on n'ait pas accepté le droit à l'Association des urgentologues, qui sont partie prenante importante au niveau de nos partenaires... qu'on n'ait pas permis à l'Association des urgentologues de pouvoir venir se faire entendre. Ça, je dois dire que je ne trouve vraiment pas ça correct. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, c'est moi qui vous remercie, Mme la députée de Joliette. Alors, sans plus tarder, nous accueillons maintenant les représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Je cède la parole au Dr Yves Dugré qui en est le président.

M. Payne: Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le député de Vachon.

M. Payne: J'ai demandé la parole pour les remarques préliminaires.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ah, bien, c'est parce que déjà votre formation politique avait déjà pris tout le temps, M. le député.

M. Payne: D'accord.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est la raison pour laquelle je ne vous ai pas cédé la parole.

M. Payne: Ce n'était pas dans mon compte.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je croyais que vous demandiez la parole pour la prochaine intervention. Alors, je regrette.

Auditions

Alors donc, je cède la parole au Dr Yves Dugré. Dr Dugré, veuillez nous présenter les personnes qui

vous accompagnent, et vous avez 15 minutes pour vos propos.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

M. Dugré (Yves): Mme la Présidente, M. le ministre, distingués membres de la commission, je vous présente, à ma droite, le Dr Richard Leblond, secrétaire du conseil d'administration de la Fédération des médecins spécialistes du Québec; et, à ma gauche, Me Sylvain Bellavance, directeur des affaires juridiques.

En d'autres circonstances, nous serions heureux de vous remercier de nous donner une opportunité de faire entendre par procuration la voix des médecins spécialistes du Québec. Ce n'est malheureusement pas le cas aujourd'hui. Nous ne déposerons pas de mémoire aujourd'hui. En raison du caractère étonnant de cette consultation, vous me permettrez, par contre, de profiter de cette occasion de vous adresser la parole, vous qui représentez ceux et celles qui, dans quelques jours, décideriez de ce qui adviendra de ce mauvais projet de loi pour les patients des médecins spécialistes, un projet de loi dont le seul titre est véritable révélateur des intentions et des prétentions du gouvernement, Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins. Activités, répartition, engagement. Pourquoi ne pas appeler les choses par leur nom et parler de contraintes, d'assignations subjectives, de conditions impossibles?

Aujourd'hui, je me fais le porte-parole de notre Fédération et de ses 34 associations de professionnels totalisant près de 7 500 spécialistes, toutes disciplines confondues, unis derrière notre position.

En essence, cette loi est soumise à votre attention parce que le gouvernement actuel se juge mieux placé que quiconque pour décider où, comment et de quelle façon un médecin doit pratiquer la médecine. Et, comme il n'a pas réussi à convaincre les principaux intéressés, il l'impose. Ce projet de loi attaque directement le statut professionnel des médecins spécialistes en ne reconnaissant pas les distinctions fondamentales qui différencient nos pratiques de celles de nos confrères omnipraticiens. En ignorant volontairement le fait que les médecins spécialistes se sont déjà fortement intégrés au tissu professionnel des hôpitaux du Québec, ce projet de loi fait fi de toute nuance, il nivelle par le bas. C'est de l'improvisation.

Indirectement, ce projet de loi valide aussi nos conditions de pratique existantes. Il acquiesce aux examens médicaux qui requièrent de l'intimité dans les corridors de salles d'urgence. Il ferme les yeux aux équipements à utilisation unique que l'on doit recycler en raison des pénuries. Ce projet de loi entérine les blocs opératoires inutilisés, les périodes de vacances forcées que l'on allonge sans cesse pour tenter de respecter les limites budgétaires, les quotas de prothèses, toutes les incuries d'un système où le spécialiste est devenu simplement un rouage de plus dans un engrenage désaligné qui éteint les vocations, qui tolère l'inacceptable. Certains des membres de cette commission, d'ailleurs, connaissent bien l'envers de la médaille de notre système de santé pour y avoir oeuvré sur la ligne de feu.

Après 10 ans d'une attitude bureaucratique à outrance, après 10 ans d'un laisser-faire créé par la chaise musicale des ministres et des sous-ministres, un laisser-faire qui ne laisse que des lois et des cadres administratifs pour soigner nos malades, après 10 ans passés à reléguer nos patients au rang de considérants secondaires, après 10 ans à faire du personnel soignant des statistiques malléables, celles et ceux qui ont été sur la ligne de feu comprendront que nos médecins spécialistes disent: C'est assez, nous avons assez reculé, nous avons assez plié. Les 7 500 médecins spécialistes disent maintenant: Nous avons assez cédé. Ici doit s'arrêter cette mauvaise réalité qui ne masque plus la souffrance de nos patients, le désespoir de leur famille, la colère et l'épuisement de nos membres.

Nous exagérons? Demandez à vos fonctionnaires comment coûtent à l'État les coûts reliés aux employés malades du réseau de la santé. Ils vous répondront 250 millions, un bond de 48 % en cinq ans, et ils n'incluront pas dans ce coût la facture indirecte, mais bien tangible des 1 124 médecins spécialistes qui manquent à l'appel. N'oublions pas non plus les 600 et quelques médecins qui sont partis pour exercer ailleurs, épuisés de se battre ici contre un système où on préfère la structurite aiguë et l'encadrement bureaucratique au partenariat et à la concertation.

Il nous semble tout à fait typique de constater qu'on a rédigé ce projet de loi comme on gère la santé au Québec, avec une approche fourre-tout, en mélangeant pommes et oranges, en dissimulant les pépins sous la table. Ce projet de loi veut ramener des médecins dans les hôpitaux, plus de 96 % de nos membres y sont déjà. Ce projet de loi veut forcer les médecins spécialistes à signer des engagements personnels envers les hôpitaux, une forme de contrat, mais où est l'autre partie du contrat? L'administrateur, le gestionnaire, le fonctionnaire, où signent-ils? Comment la loi prévoit-elle amener l'administrateur à éliminer les inefficacités de ces structures et avec quelle pénalité légale? Où, dans son libellé, le projet de loi n° 142 prévoit-il que le gestionnaire doit fournir au personnel soignant les ressources requises pour diminuer les listes d'attente et améliorer la qualité des soins? Qui sera imputable des pénuries et des carences causées par ces erreurs de planification? Certainement pas les médecins spécialistes.

Naturellement, on nous répondra que ce n'est pas l'objet de cette loi. Les médecins spécialistes et leur Fédération ont largement fait leur part pour tenter de trouver des solutions concrètes aux maux de notre système de santé. Nous avons favorisé l'adoption du principe des plans d'effectifs médicaux visant à améliorer la répartition de nos ressources et l'implantation, en régions intermédiaires et éloignées, de nos membres. Nous avons collaboré à la création d'un comité de gestion de ces effectifs et travaillé à l'implantation des tout premiers plans dans tous les établissements hospitaliers du Québec.

En guise de reconnaissance, on veut nous encadrer encore plus. On nous pointe comme étant une des causes de la pénurie. Pourtant, nos membres n'exercent pas leur profession là où ils le veulent, mais là où les plans d'effectifs médicaux les affectent à partir des besoins identifiés sous l'égide de chefs de départements

et de conseils. Simplement dit, la pénurie n'est pas causée par une mauvaise volonté de nos membres, mais par une mauvaise planification du ministère. Comme ces fonctionnaires ne sont pas imputables, on blâme les spécialistes. C'est plus facile et ça passe mieux au bulletin de 18 heures.

● (15 heures) ●

Le gouvernement nous dit: Les Québécois auront des choix difficiles à faire. Il a raison, parce qu'il fait, depuis 10 ans, les mauvais choix. En 1995, quand ils ont coupé drastiquement dans les admissions universitaires en médecine, les penseurs du gouvernement affirmaient de manière presque divinatoire: Nous aurons, en 2000 et jusqu'en 2016, un surplus de 1 000 médecins. Nous sommes en 2002, et il en manque 1 124 médecins spécialistes. Ai-je raison de conclure qu'il y a eu une erreur de planification majeure dans ce modèle mathématique?

L'accessibilité est un des enjeux, sinon l'enjeu de notre combat. Notre Fédération n'a pas un historique de recherche de conflit, de clivage aveugle, mais force nous est d'admettre que, quand nous regardons le libellé du projet de loi n° 142, que de nous taire reviendra à cautionner une mauvaise loi, loi qui ne réglera en rien l'accessibilité aux soins spécialisés. Tout gravite autour de cette accessibilité: les pénuries de médecins, la répartition des ressources, les moyens techniques, la relève, l'équité salariale, la réduction des écarts. Tout est interrelié, interdépendant. À Québec, on préfère croire que chaque symptôme de l'inaccessibilité est une maladie différente, alors qu'il s'agit d'un cancer généralisé. On nous refuse l'accès à l'équipement de diagnostic parce que le budget prévoyait son achat, mais pas son installation. On ne forme que la moitié du personnel technique à son utilisation, et, naturellement, les formés sont ceux qui prendront leur retraite avant que notre tour n'arrive sur la liste d'attente.

Pourquoi aujourd'hui, avec ce projet de loi, nous imposer ce que nous faisons déjà? Nous nous étions déjà investis à solutionner le problème de l'accessibilité. Nous avions déjà créé et géré des banques de remplacement. Nous participions aux tables de concertation. Nous nous étions prêtés volontairement à la planification régionale de répartition des effectifs médicaux. Soudainement, tout est balayé du revers de la main, on nous dit: Vous n'êtes pas payés pour penser, vous êtes payés pour opérer. Alors, allez opérer là et quand on vous le dit. Bientôt, on nous dira probablement comment et en combien de temps.

En attendant, c'est à nous d'expliquer à votre beau-frère que son opération est reportée, car on doit fermer la salle d'opération à 3 h 30 pour éviter de payer du temps supplémentaire au personnel infirmier technique. C'est à nous de justifier que votre soeur, que la tomographie qui aurait diagnostiqué sa maladie à temps a été reportée six fois par manque de disponibilité non pas du médecin spécialiste, mais soit de l'équipement ou du personnel technique pour faire cet examen. L'objectif? L'équilibre budgétaire. En bout de compte, c'est à nous de l'annoncer à des patients vulnérables. Voilà une situation intolérable dénoncée vivement par près de 4 000 de nos membres rassemblés lors de nos deux récentes journées d'étude.

Nous voici tous, patients, médecins, personnel infirmier, comme autant de pions sur un échiquier où

Québec et Ottawa se renvoient la balle, où on nous demande d'être les gestionnaires in absentia de mesures budgétaires décidées ailleurs, à la petite semaine, en fonction des tendances de gestion à la mode, où l'adéquation entre les ressources et les besoins s'effectue par le biais d'une gestion en silo, par le biais d'une concurrence volontairement entretenue entre les régions régionales, entre établissements, entre spécialités et même entre regroupements de médecins.

Nous, médecins spécialistes, voulons aider à faire notre juste part pour soulager la souffrance des Québécois. Nous voulons que vous nous aidiez à traiter nos patients dignement, dans le respect de notre professionnalisme. Nous voulons les moyens techniques de pratiquer notre métier avec efficacité. Nous voulons aussi avoir la chance de conserver ici notre relève et nos talents. Nous voulons un traitement équitable. Nous voulons soigner nos patients, votre projet de loi n'ajoute en rien sur la médecine spécialisée.

Ceci dit, ne nous leurrions pas, il est plus que probable que le projet de loi n° 142 sera adopté avant le congé des fêtes, même dans quelques jours. Plusieurs crieront alors à la victoire. On vendra aux Québécoises et aux Québécois la nouvelle loi comme la solution miracle. Ce projet de loi ne tient pas compte de la spécificité de la médecine spécialisée. C'est pourquoi, cet après-midi, nous ne discuterons d'aucun de ses articles.

Nous avons les mêmes objectifs que le gouvernement, et tous ces objectifs — je dis bien tous — pourraient être atteints par une entente négociée et constructive. Sincèrement, Mme la Présidente, nous avons l'impression que nous avons encore une épée de Damoclès au-dessus de nos têtes.

Après analyse de notre contentieux autant à l'interne qu'à l'externe, après mûre réflexion, les 7 500 médecins spécialistes du Québec que je représente arrivent à la conclusion qu'ils devraient être exclus de cette loi. Mme la Présidente, M. le ministre, distingués membres de la commission, je vous remercie de votre attention.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie, Dr Dugré, pour vos commentaires. Sans plus tarder, je vais maintenant céder la parole au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux. M. le ministre.

M. Legault: Oui, Mme la Présidente. Je pense qu'il faut distinguer plusieurs choses dans ce qui a été dit par le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. En fait, je dirais qu'il y a comme un peu quatre sujets qu'on mélange: il y a les besoins de financement; il y a le nombre limité de médecins; il y a les négociations actuelles sur la rémunération avec les médecins; et, finalement, quatrièmement, la loi n° 142.

Si je les prends, les éléments, un par un, qu'il y ait des besoins de financement dans notre réseau, on est tous d'accord, j'ai déposé un plan qui montre qu'il y a des besoins de 1,8 milliard de dollars. Je pense que là-dessus, bon, on a vu M. Romanow qui a évalué ces besoins, pour le Québec, à 1,6 milliard. Donc, quand le député de Châteauguay nous dit tantôt qu'eux ont tout compris puis ils ont toutes les solutions, on se rappelle

que, dans le programme du Parti libéral du Québec, les besoins ont été évalués à 460 millions. Donc, je pense que, pour ce qui est des besoins de financement... Je pense qu'on est pas mal sur la même longueur d'onde.

Maintenant, le deuxième sujet, le nombre limité de médecins, je pense que là aussi on s'entend qu'il y a un nombre limité de médecins au Québec, comme à peu près partout ailleurs dans le monde. Maintenant, on peut faire des grands débats à savoir qui sont les coupables. On se rappelle, en 1994, la ministre libérale de la Santé à ce moment-là, Lucienne Robillard, avait évalué qu'il y aurait des surplus de médecins au Québec jusqu'en 2015, mais ces évaluations étaient faites à des tables où les médecins, incluant les médecins spécialistes, étaient très représentés et, je dirais même, presque en majorité. Donc, les erreurs de planification, je pense qu'on va les partager au moins avec les représentants des médecins. Maintenant, est-ce que, parce qu'il y a un nombre limité de médecins, ça nous empêche de passer une loi comme la loi n° 142? Au contraire, étant donné qu'il y a un nombre limité de médecins, c'est encore plus important de convenir des priorités et de s'assurer que les médecins travaillent sur les priorités. Parce que les besoins sont presque illimités, donc il faut s'assurer justement que les besoins les plus prioritaires soient servis.

Troisième sujet, les négociations sur la rémunération. Je pense que c'est peut-être le point important, quand on dit: Il y a des médecins qui s'en vont du Québec à cause de la loi n° 142, je trouve qu'on fait les coins un peu ronds. Est-ce qu'il y a des médecins qui quittent pour pouvoir, par exemple, doubler leur rémunération en allant travailler aux États-Unis? Peut-être. Mais de demander à un médecin d'aller travailler, par exemple, à Shawinigan, je ne pense pas que ce soit le goulag, je ne pense pas que ce soit pire que d'aller travailler dans un petit endroit, comme ils font parfois aux États-Unis. Donc, je pense que s'il y a un exode des médecins... Et puis, là il faut ramener les chiffres, on parle d'un exode net, des entrées d'à peu près 50 à 60 médecins, omnis et spécialistes confondus, à chaque année. C'est un phénomène qui est mondial, qui est même plus présent dans les autres provinces canadiennes, et la vraie raison, c'est l'attrait de la rémunération exceptionnelle aux États-Unis et non pas la loi n° 142.

Le quatrième sujet — puis ça devrait être le sujet qu'on discute aujourd'hui — c'est cette loi n° 142. Sur la loi n° 142, je pense que, quand le député de Châteauguay nous dit: Ah, il y a des solutions faciles, simplistes, puis on les a proposées au mois de juillet... Bien, j'aurais bien voulu le voir assis aux tables de négociations puis les dizaines de rencontres qu'on a eues avec les deux fédérations de médecins, spécialistes et omnipraticiens. Je pense que, si les solutions avaient été aussi simples qu'il le dit, on les aurait trouvées, nous autres aussi, avec les deux fédérations de médecins. Ce n'est pas simple, parce que c'est vrai qu'on ajoute des mesures qui sont moins incitatives et qui sont plus responsabilisantes pour les médecins. Mais je rappelle que le Parti libéral du Québec avait voté contre notre loi n° 114, cet été, qui permettait de rouvrir les salles d'urgence à Shawinigan et à Jonquière. Donc, c'est trop facile de proposer des solutions, mais de ne pas avoir le courage d'aller jusqu'au bout des démarches.

● (15 h 10) ●

Je veux revenir sur la loi n° 142. Essentiellement, je le disais tantôt, il y a deux types de mesures dans la loi n° 142: les PREM et les AMP. Bon, ce que je comprends des propos du Dr Dugré, c'est que la Fédération des médecins spécialistes est d'accord avec les principes des PREM, il dit même qu'elle avait participé à leur mise en place, mais qu'elle n'est pas d'accord avec les moyens. Bon, comme j'ai souvent eu l'occasion d'en discuter avec le Dr Dugré, on est ouvert aux propositions. Et je croyais même que les propositions de la Fédération des médecins spécialistes du Québec étaient justement incluses dans cette loi, entre autres la création du pendant, pour les spécialistes, d'un DRMS, donc c'est-à-dire d'un département régional de médecins spécialistes, comme on en a déjà un qui est un DRMG pour les médecins généralistes. Donc, on croyait qu'en créant ce poste avec les chefs de département de tous les établissements d'une région qu'on avait écouté les propositions de la FMSQ, mais il semble que non. Mais, je suis encore disponible cet après-midi, s'il y a des propositions sur les moyens d'appliquer les PREM, c'est-à-dire les planifications régionales d'effectifs médicaux, je suis d'accord à le faire. Mais je suis content d'entendre le Dr Dugré nous dire qu'il est d'accord que les nouveaux médecins s'installent là ou il y a des besoins, via ces PREM.

Maintenant, concernant — et je termine là-dessus — les AMP, les activités médicales particulières, bien j'aurais le goût de poser une question au Dr Dugré: Les spécialistes qui pratiquent seulement en clinique privée — puis, je comprends qu'il n'y en a pas beaucoup, il y en a moins que 400; selon les derniers chiffres que j'avais, il y en avait 391 — est-ce qu'il ne trouve pas équitable et normal qu'on demande à ces médecins de venir faire des activités plus prioritaires, comme on le demande aux médecins omnipraticiens? Et est-ce qu'il ne trouve pas normal — et puis je vais lui donner un exemple qu'on a déjà discuté ensemble — qu'on se retrouve dans certaines régions avec des médecins en obstétrique qui disent: Moi, je suis prêt à faire du suivi de grossesse en clinique privée, mais je ne suis pas prêt à aller à l'hôpital accoucher les patientes? Est-ce qu'il trouve ça normal qu'on soit obligé de fermer des départements d'obstétrique parce que les médecins spécialistes en cabinet privé ne veulent pas venir travailler à l'hôpital et se contentent de travailler seulement en cabinet privé? Est-ce que ce n'est pas raisonnable de demander que les médecins spécialistes qui travaillent en clinique privée puissent venir travailler un certain nombre d'heures par semaine sur des activités qu'on considère prioritaires? C'est donc... Peut-être que je pourrais terminer sur cette question-là, je suis certain que... Peut-être que le Dr Dugré va avoir des commentaires à faire sur mes autres propos, mais c'est un peu ce que je voulais dire.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Dugré.

M. Dugré (Yves): Merci, Mme la Présidente. Évidemment, on a eu l'occasion de s'exprimer sur le financement. À peu près tout le monde reconnaît que ça en prend plus, sauf que les patients ne trouvent pas que cet argent transite rapidement au niveau des soins. C'est

un constat qu'on doit faire malheureusement. Beaucoup de promesses dans l'air, et nous espérons justement que ces promesses des deux gouvernements se réaliseront, parce que, pour le contribuable qui est à la fois parfois un patient, parfois un malade, lui, il s'en fout pas mal que ce soit le fédéral ou le provincial, ce qu'il veut, c'est qu'il veut avoir des soins. Et c'est ce que nous déplorons quand on dit que les conditions de pratique dans lesquelles les médecins spécialistes doivent exercer ont une répercussion majeure pour le patient.

Quand on revient sur le nombre de médecins, M. le ministre, Mme la Présidente, évidemment, je l'ai dit d'entrée de jeu, les médecins spécialistes ont collaboré étroitement à des programmes de répartition géographique des médecins. Et, c'est ce qui est étonnant aujourd'hui pour mes membres, c'est qu'après avoir collaboré de façon étroite et, je dirais même, exemplaire à une forme de répartition par le comité de gestion des effectifs par une lettre d'entente 129, ça peut se faire par entente. Les médecins spécialistes l'ont déjà fait, et se sentent insultés, et se sentent vraiment malheureux qu'on ne reconnaisse pas les efforts qui ont été faits, et qu'en guise de récompense... Ou disons qu'on leur impose une autre façon de faire des pénalités sur les médecins, alors qu'actuellement le gouvernement, et de l'aveu même du ministre... Il l'a dit lors de son plan de relance: J'ai tous les moyens dans la loi n° 28 pour la répartition des effectifs médicaux. Donc, oui, le pouvoir est là, et le restant peut être fait par entente, et c'est le sujet de notre propos aujourd'hui. Quand on parle de négociations aujourd'hui, vraiment, le sujet de notre propos, cet après-midi, Mme la Présidente, c'est de dire que la loi n° 142, au point de vue... en clair, ne s'applique pas vraiment... ne requiert pas et ne tient pas compte de la spécificité de la médecine spécialisée. Et je n'ai parlé de la négociation parce que nous sommes actuellement en négociation, mais le sujet, c'est que la loi n° 142, actuellement, ne s'applique pas et ne tient pas compte de la réalité.

Et, j'arrive sur les activités médicales prioritaires, il ne s'agit pas d'une réalité de la médecine spécialisée, 96 % de nos médecins sont déjà à l'hôpital, ont déjà une activité hospitalière. On reconnaît que c'est la fonction même d'un médecin spécialiste de travailler à l'hôpital, c'est dans la nature même du médecin spécialiste. Cependant, pour corriger peut-être un peu les chiffres de M. le ministre, quand on regarde les 300 médecins et quelques qui pratiquent exclusivement en cabinet, et qu'on en déduit seulement les médecins qui sont dans les spécialités dont on a fait l'énumération tantôt, et qu'on enlève ceux qui ont 55 ans et plus, on arrive à peu près à un nombre de 50 médecins. Croyons-nous vraiment que c'est la priorité, dans le système actuel, d'imposer une contrainte supplémentaire pour à peu près 50 médecins alors que ça peut fort bien se faire dans l'entente? Et nous avons déjà des mécanismes qui peuvent se régler par entente, et ça peut se faire par entente, et on est prêt à le faire par entente. Mais le fait d'être inclus dans les activités médicales prioritaires dans la loi, ça ne va pas et... Ça va.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, il vous reste... pour un bref commentaire d'une minute, M. le ministre.

M. Legault: Oui, un bref commentaire peut-être. Quand le Dr Dugré nous dit que c'est toujours possible de faire des ententes, comment se fait-il que, l'hiver dernier... Je pense que les gens de Québec l'ont vu, ce qui s'est passé avec les anesthésistes à Québec. À Québec, c'est la région où il y a le plus d'anesthésistes au Québec — il y en a 86, de mémoire — mais personne ne voulait aller travailler au CHUL. On a été obligé de les mettre en tutelle pour être capable de convaincre les anesthésistes d'aller travailler au CHUL. Donc, comment se fait-il que, si le Dr Dugré nous dit que c'est toujours possible de s'entendre dans des ententes particulières, qu'on n'a pas réussi à le faire? Et est-ce que ce n'est pas justement la démonstration qu'on a besoin d'un projet de loi structurant pour s'assurer que ces situations n'arrivent plus?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Dr Dugré, bref commentaire.

M. Dugré (Yves): Très bien. Je ne reviendrai pas sur la situation du CHUL, on a eu l'occasion d'en parler longtemps. Mais, si c'est vraiment l'occasion et la démonstration qu'on a besoin d'une loi pour dire: On va placer les médecins spécialistes à l'endroit où on veut qu'ils soient, à l'heure qu'ils veulent et quand ils voudront, c'est la démonstration justement que nous n'avons pas besoin de cette loi pour ça. La situation du CHUL est une situation particulière, et, à mon point de vue, elle relevait davantage de mauvaises décisions de planification dans l'organisation des soins, et ça a été un symptôme relié à cette mauvaise planification. Actuellement, le problème est résolu, puis ce n'est pas la loi qui l'a résolu. Ça s'est résolu par une discussion franche, même à peine des incitatifs. Je dirais à peine des incitatifs, mais une concertation avec les bonnes personnes. Et, actuellement, la situation des anesthésistes dans le CHUL est résolue, puis ce n'est pas la loi qui l'a fait.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, Dr Dugré. M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui. Je ne veux pas m'épivarder ailleurs que dans le 142, mais, en termes de planification, on en a parlé encore aujourd'hui, là, il y a le Centre des grands brûlés qui attend deux postes, et puis on peut poser des questions, puis le gouvernement ne veut pas répondre à ces questions-là. Alors, on voit bien que, dans le fond, dans le problème de la planification et de la répartition, il y en a pour tous les goûts puis il y en a pour des responsabilités pour tout le monde. Et le danger, ce ne serait que de voir une faute à un, et je pense que le ministre, même s'il ne veut pas l'admettre, il devrait comprendre qu'il a lui aussi un rôle et des obligations à assumer.

Je ne reviendrai pas sur le reste, là, de savoir si on aurait dû voter comme ci, comme ça sur le n° 114, on considérerait que c'était un pansement empoisonné. D'ailleurs, preuve en a été faite que ça n'a pas aidé les régions qui étaient avec les plus grands problèmes de pénurie parce qu'il n'y avait plus de médecins qui voulaient aller s'installer là-bas. Ceux qui avaient déjà pris des engagements ont refusé d'y aller. Alors, forcé-ment, ce n'était pas le meilleur moyen.

Et le ministre me dit qu'il aurait bien voulu me voir à la table de négociations, puis si c'est bien simple, c'est bien facile... Sauf que le problème, c'est que quand on a fait cette proposition-là au mois de juillet, on n'a pas rêvé à ça la nuit, puis on mis ça, puis on s'est dit: On est les plus smattes, on est les plus fins, on a juste écouté ce que le monde disait puis ce qui se passait depuis plusieurs années. Ça faisait deux ans que la Fédération des omnis avait mis ça sur la table puis que le gouvernement n'avait pas voulu négocier. Il aurait pu le négocier avant, il a décidé de ne pas le faire. Alors, en bout de piste, là, on aurait peut-être pu éviter cette loi spéciale, on aurait pu éviter ce climat adversarial si le gouvernement avait accepté qu'il avait une responsabilité, lui aussi, dans ce débat-là.

● (15 h 20) ●

Mais, ceci étant, j'ai bien compris — M. Dugré, bonjour et merci d'être avec nous, excusez-moi — j'ai bien compris que vous ne voulez pas discuter du projet de loi ni de ses articles. Permettez-moi quand même d'embarquer dans la foulée de la discussion qui est intervenue. Je comprends que vous êtes contre le projet de loi. Je comprends cependant qu'il y a une très grande différence entre l'article 9 et 10 du projet de loi. Le 9, c'est les AMP pour les omnis, puis le 10 c'est les AMP pour les spécialistes qui sont, juste à la lecture... Enfin, même pas le lire, juste regarder le texte, on voit que les AMP des spécialistes, c'est plus des LP, c'est plus des lieux de pratique que des activités médicales particulières. Et c'est deux champs différents, ce qui, probablement, trouve sa source dans le fait que les omnis puis les spécialistes, ça ne fait pas la même chose. Les omnis, ça fait plein de choses. «Omni», ça fait plein de choses. Les spécialistes, c'est consacré à leur spécialité, et forcément la loi est obligée d'en tenir compte.

Le texte est le suivant: «Tout médecin spécialiste qui n'a pas de privilège dans un établissement...» Et là ça continue. Vous me dites qu'il y en a 96 % qui ont des privilèges dans des établissements, donc il y en a 4 % qui sont touchés par le projet de loi. Mais, encore là, l'article va dire que c'est pour certaines spécialités, donc c'est moins de 4 %. En bout de piste, vous dites: Il y en a 50 chez nous qui sont visés par ça. Juste pour que je comprenne comme il le faut, là, vous êtes assez véhéments à l'égard du projet de loi, pourquoi? Il y en a juste 50 qui sont visés, en quoi est-ce que ça affecte les 7 000 spécialistes, un projet de loi qui, de toute évidence, n'a pas d'effet ou à la très fine marge, là? On parle de 50 sur 7 000, là, c'est presque banal puis c'est presque plus des éléments de discours pour le ministre pour dire comment est-ce qu'il est bon. Mais, à part de ça, là, je ne vois vraiment pas ce que ça change au Québec, là, cette cinquantaine-là. Alors, expliquez-moi votre rejet véhément d'un projet de loi qui n'a, à toutes fins pratiques, aucun effet chez les spécialistes, là. C'est très marginal, c'est 50 personnes.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Dugré.

M. Dugré (Yves): Mme la Présidente, je vais faire juste une petite correction. C'est vrai qu'on est contre l'inclusion des médecins spécialistes dans le projet de loi n° 142, c'est la position en tant que telle de

la Fédération des médecins spécialistes. Pourquoi 50 médecins touchés au lieu peut-être dans... Mes confrères de l'autre Fédération ont un nombre beaucoup plus imposant. D'abord, ce n'est certainement pas la priorité, ce n'est pas ces 50 médecins-là qui vont sauver le système de santé. Il y en a plus de 600 qui ont quitté le Québec, puis on a réduit d'autant plus, à partir des années 1995, les entrées en médecine. Donc, ce n'est pas ça, la clé pour sauver le système de santé.

Les médecins spécialistes sont confrontés depuis longtemps à des contraintes parce qu'ils travaillent justement dans des hôpitaux, et les hôpitaux, bien il y a la loi n° 107, antidéficit. Ça fait qu'ils sont touchés, les médecins spécialistes, parce que c'est leur «home base», c'est l'endroit où ils pratiquent, à l'hôpital, et on leur dit: Tu vas finir à trois heures et demie. Pour être sûr que tu finisses à trois heures et demie ton opération, il faudrait que tu arrêtes à 3 heures pour être sûr d'avoir fini à trois heures et demie. Donc, les médecins spécialistes connaissent ça, les contraintes dans les hôpitaux. Il y a eu la loi n° 28, les PREM et etc., donc ils sont soumis déjà à des contraintes, et cet ajout pour 50 ou une valeur de 50 à valider, c'est autour de ça, je veux dire, c'est quoi, la nécessité de briser ce lien de partenariat et d'imposer à la Fédération des médecins spécialistes ou aux médecins spécialistes une contrainte supplémentaire sous le couvert de dire que ça va être bon pour la population qu'on va en forcer 50 de plus à donner des soins à l'hôpital? Donc, c'est le manque d'à-propos de cette loi pour la médecine spécialisée.

Vous l'avez dit, mes confrères ont négocié et s'en tirent, semble-t-il, assez bien de ce côté, je pense, moyennant certaines modifications qu'ils jugeront à propos de suggérer. Mais, pour la médecine spécialisée, ce qu'on dit encore, cet objectif d'avoir le plus d'accessibilité aux soins pour les patients soit dans les cabinets, soit dans les cabinets affiliés, de toute façon, il y a un moyen de régler ça par une entente, et ce que nous disons, parce que ce sont les mêmes objectifs... On n'a pas un historique de confrontation, ça fait... Depuis la loi n° 120, je veux dire, graduellement on a travaillé en partenariat, mais là, aujourd'hui, on est étonné qu'après toute cette période de partenariat on se retrouve en confrontation, et nous rajouter une loi qui, de toute évidence, à notre jugement et à ceux de nos avocats, n'est pas faite... Les objectifs peuvent être réglés par négociation. C'est le point de vue.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui. Bien, je vous remercie, d'abord, de mettre dans le contexte, là, l'effet de la loi sur 50 médecins spécialistes sur un total de plus de 7 000 que vous êtes, donc un effet très marginal, de nous rappeler que les bonus à la retraite en ont amené plus de 1 000 à partir, à quitter la profession. L'exode, c'est de 656 de 1996 à 2000, l'exode de médecins qui ont quitté le Québec, une réduction de près de 200 des admissions par année dans les années 1996, 1997, 1998, là, alors ça commence à faire du monde pas mal que le gouvernement a décidé qu'ils ne travailleraient pas, qu'ils ne seraient pas des médecins ou qu'ils iraient pratiquer la médecine ailleurs. Puis je comprends donc,

quand on remet ça dans son contexte... On voit que les responsabilités sont partagées.

Vous semblez nous dire que, ni plus ni moins, le projet de loi, à l'égard des médecins spécialistes, constitue un leurre auprès des patients, on leur fait croire qu'il y a une mesure législative qui va rendre la médecine meilleure. Je parle des médecins spécialistes, je ne parle pas de l'omnipraticque. Mais, à l'égard des médecins spécialistes, on veut leur faire croire qu'il va y avoir une médecine meilleure, alors que vous nous dites aujourd'hui: Ça a tellement peut d'effet, ça vise tellement peu de monde que c'est plutôt un leurre à l'égard de la population. Et vous constatez — et c'est le sens de ma question — qu'il y aura des effets collatéraux, comme on peut dire, dans un domaine moins plaisant, là. On parle beaucoup des dommages collatéraux, qu'il y aurait des dommages collatéraux si cette portion-là était adoptée, notamment sur le climat de partenariat que vous souhaitez voir établir avec le gouvernement.

J'aimerais que vous me disiez, que vous me précisiez quelles sont les conséquences de l'adoption du projet de loi, selon vous, auprès des médecins spécialistes qui oeuvrent dans le système, sur leur désir d'y oeuvrer à l'avenir. Et est-ce que vous croyez, parce que remarquez bien que vu d'ici... Puis, effectivement, je ne suis pas à la table, puis je ne sais pas ce qui s'est dit entre le gouvernement et vous-mêmes, mais, vu d'ici, est-ce tellement marginal que ça a plus l'air d'un élément qu'on met dans un projet de loi pour enlever lorsque la négociation sur la rémunération sera complétée. Est-ce que ma perception est mauvaise? Dites-moi qu'elle est mauvaise, je l'espère. Mais, de l'extérieur, on a l'impression qu'on est en train de faire croire à la population qu'on a une loi magique pour les médecins spécialistes, alors que, dans les faits, ça ne vise presque personne puis qu'en bout de piste ça va être retiré peut-être tantôt à l'occasion d'une négociation. Est-ce que c'est un outil de négociation que nous sommes, nous, comme législateurs, en train de passer sans qu'on s'en aperçoive et qu'en même temps la population se fasse leurrer par ça?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Dugré.

M. Dugré (Yves): Merci, Mme la Présidente. Deux points. D'abord, pourquoi elle n'est pas appropriée pour la médecine spécialisée et le climat de confiance et de partenariat peut être brisé, c'est que les plans de répartition régionaux, les PREM, sont faits avec le comité de gestion des effectifs médicaux qu'on a mis dans l'entente sous Mme Marois et M. Trudel. C'est une table ronde, ce n'est pas une table de négociations, les gens.. C'est des tables de travail où les associations de médecins spécialistes viennent expliquer le plan d'organisation de travail qu'ils voient pour leur spécialité, parce que, en médecine spécialisée, c'est 34 associations. On n'est pas 7 500 médecins spécialistes, parfois on est 400, parfois on est 50, parfois on est 32, puis parfois on est 800 psychiatres. Donc, ce sont 34 groupes de médecins, ce n'est pas 7 500 médecins homogènes. Donc, ça demande, de toute évidence, autre chose qu'une approche mathématique, ça prend une approche terrain, ça prend une approche connue de chacune des associations parce qu'il y a des réalités différentes. C'est

sur qu'on est à l'hôpital, mais ça demande une collaboration, et c'est de cette façon-là qu'on est capable, via le terrain, de connaître et d'identifier les véritables besoins de la population dans chacune des régions et dans chacune des spécialités et leur interrelation.

Donc, dans une approche où on arrive, par la loi, de dire qu'il y a une pénalité si le médecin est au-delà des plans d'effectifs médicaux, alors que c'est directement au directeur général et au conseil d'administration de donner les privilèges aux médecins... Il ne peut pas les donner, les privilèges, si le médecin est au-delà des PREM. Pourquoi pénaliser le médecin alors qu'il peut avoir été mal informé par quelqu'un qui ne fait pas son travail? Donc, oui, ça brise le climat de collaboration et ça risque d'avoir des pénalités... je veux dire, des effets secondaires qui vont être vraiment... auxquels, dans le fond, c'est le patient qui va souffrir au bout de la ligne.

Pour ce qui est de.. J'ai oublié votre deuxième question contre l'inclusion... J'ai oublié la dernière partie, mais c'est certainement...

M. Fournier: Je me demandais si c'était...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Votre temps... Oui, c'est parce que...

M. Fournier: Bien, juste pour souffler la question pour la réponse, si vous y voyez un outil de négociation.

● (15 h 30) ●

M. Dugré (Yves): Oui. Bon, ce que j'ai dit dans la présentation... aujourd'hui, j'en ai parlé par le côté parce que nous sommes en négociation sur le renouvellement de l'entente actuellement. Ce qu'on dit actuellement, aujourd'hui, c'est que, oui, les médecins sentent que c'est comme un moyen de pression de signer l'entente, d'avoir une entente en autant qu'on passe dans la loi. Ce que nous disons aujourd'hui, c'est que la loi n'est pas faite pour les médecins spécialistes, mais les objectifs qui sont dedans, retrouvons-les dans la négociation, et puis, s'il faut, on écrira une 143 ou une 144, mais celle-là n'est pas faite pour la médecine spécialisée.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Dugré. Alors, je vais maintenant céder la parole à la députée de Joliette. Il vous reste une minute et demie, Mme la députée.

Mme Lespérance: Oh! Donc, M. Dutil, M. Leblond...

Une voix: Dugré.

Mme Lespérance: Dugré, je m'excuse. M. Bellavance...

Une voix: Il s'en vient. Il s'en vient. Ha, ha, ha!

Mme Lespérance: Merci d'être venus nous exposer vos inquiétudes. Rapidement, j'aimerais vous entendre sur... Actuellement, vous avez quand même travaillé beaucoup sur les PREM, mais, si on en venait à une structure où on parle de CMDP régional, O.K.?

est-ce que ce serait un principe qui serait plus acceptable pour vous autres? Et la deuxième chose, c'est que j'aimerais vous entendre sur, dans le fond, le contrat d'engagement qui est prévu dans cette loi-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, Dr Dugré, brièvement.

M. Dugré (Yves): J'apprécie votre question parce que, vraiment, elle est au centre vraiment de la réalité d'un médecin spécialiste par rapport à nos collègues. Le médecin spécialiste est déjà dans un CMDP. Il a déjà jusqu'à un certain point, je dirais, un engagement. Dans la loi actuelle, il s'engage déjà à respecter les obligations reliées à ses privilèges. Il n'a pas besoin d'en faire plus, c'est déjà inscrit dans la loi. Il y a des procédures disciplinaires également. C'est déjà encadré. Signature ou pas signature, c'est déjà... la signature est déjà un élément superflu et non nécessaire.

Et la question du CMDP régional, je vous l'ai dit, je ne voulais pas parler de l'article en tant que tel, mais la réalité du médecin spécialiste, il est déjà engagé dans... à 96 % de là. S'il y avait une structure régionale éventuellement à changer par rapport à ce qui existe déjà, qui est la commission médicale régionale, «fine!», on peut en parler, mais on n'en parlera pas dans une consultation de deux minutes, je veux dire. Mais la réalité de la médecine spécialisée, ce n'est certainement pas une mesure qui est la priorité actuellement dans le système de santé. Ça, c'est sûr.

Mme Lespérance: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, maintenant, Drs Dugré et Leblond et Me Bellavance, merci, au nom de tous les membres, d'avoir accepté de participer à cette commission.

J'invite maintenant les représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à bien vouloir prendre place, et je suspends pour quelques minutes.

(Suspension de la séance à 15 h 33)

(Reprise à 15 h 34)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous accueillons maintenant les représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, bienvenue, et Dr Renald Dutil, qui en est le président-directeur général. Je vous demanderais, Dr Dutil, de nous présenter les personnes qui vous accompagnent, et vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Dutil (Renald): Merci, Mme la Présidente. M. le ministre, mesdames et messieurs. D'abord, ceux qui m'accompagnent: à ma gauche, le Dr Louis Godin, qui est le premier vice-président de la Fédération, et le Dr Michel Desrosiers, qui est urgentologue à l'hôpital

Maisonneuve-Rosemont et président du comité sur les urgences de la Fédération; et, à ma droite, le Dr Michel Lafrenière, qui est également impliqué en médecine d'urgence, une pratique mixte: à l'urgence et en cabinet privé, comme la très grande majorité des médecins qui travaillent dans les salles d'urgence, et le Dr Lafrenière est également président de l'Association des médecins omnipraticiens de Québec et membre du bureau de la Fédération.

Alors, d'emblée, je veux vous exprimer la très grande inquiétude de la Fédération quant au processus qui a été choisi pour l'étude du projet de loi n° 142 et, il faut bien le dire, les très courts délais qui ont été donnés aux organismes médicaux pour faire connaître leurs représentations sur ce projet de loi et, également, l'agenda que semblent s'être donné le ministre et l'Assemblée nationale pour adopter ce projet de loi avant la fin de la session parlementaire. Je pense qu'on sous-estime les impacts importants qu'aura ce projet de loi sur la pratique des médecins omnipraticiens.

Je vais vous livrer d'abord quelques commentaires généraux avant de faire des commentaires spécifiques. Tout d'abord, au niveau des objectifs poursuivis par le projet de loi, oui, la Fédération partage les objectifs, une meilleure répartition des médecins omnipraticiens, encore que ces derniers ne sont pas si mal répartis, loin de là; nous faisons plutôt face à une pénurie globale de médecins omnipraticiens, nonobstant les chiffres qu'on nous cite parfois. Mais des objectifs d'une plus grande... une meilleure répartition entre les régions, et surtout à l'intérieur des secteurs de pratique, nous les partageons. On se réjouit également que, pour l'une des premières fois, un projet de loi apporte à la pratique médicale en cabinet privé auprès des clientèles vulnérables une reconnaissance légale.

Enfin, si je regarde les choses positives dans ce projet de loi — je ne serai pas très long là-dessus — il faut également se réjouir de l'approche discriminatoire qui est éliminée. Dans la question des AMP, les gens au courant de la loi actuelle savent fort bien qu'on avait des dispositions discriminatoires pour les jeunes médecins et les médecins qui exercent principalement dans les cabinets privés. La Fédération avait déjà fait des représentations à cet égard en l'an 2000, des représentations qui étaient restées lettre morte. Alors, on se réjouit de voir que le projet de loi vient abolir ces discriminations dans le nouveau régime des AMP.

Je vais vous parler très brièvement du profil de pratique des médecins omnipraticiens parce que nous avons une très grande inquiétude dans ce projet de loi, c'est le peu d'importance qu'on semble attacher au rôle premier d'un médecin omnipraticien dans une communauté. Un médecin omnipraticien au Québec, bien sûr, ça travaille à l'hôpital. 50 % de la pratique, par exemple, de nos membres dans les territoires désignés se passe à l'hôpital. Mais il y a également une pratique à l'extérieur de l'hôpital. C'est plus des deux tiers de la pratique des médecins omnipraticiens des centres urbains qui est à l'extérieur de l'hôpital, et c'est tant mieux. Les plus grands problèmes d'accessibilité qu'on a actuellement, c'est dans la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables au niveau de la communauté, et c'est particulièrement dramatique dans un contexte où on veut développer les services ambulatoires.

Alors, lorsqu'on regarde le nouveau régime des AMP et l'importance qu'on semble accorder aux activités prioritaires de la première ligne, on est très déçu de ce projet de loi. La Fédération est bien d'accord que des priorités doivent être établies, et, d'entrée de jeu, je vous dis qu'on ne questionne pas du tout de prioriser les salles d'urgence lorsqu'on parle de listes d'activités médicales particulières. Par ailleurs, il est irréaliste de penser que tous les médecins omnipraticiens doivent travailler à l'hôpital, que tous les médecins omnipraticiens doivent se retrouver dans une salle d'urgence, et, également, il est imprudent de créer un régime qui va de moins en moins inciter de médecins omnipraticiens à accorder de l'importance à toutes les activités prioritaires de la première ligne qui sont, bien sûr, la prise en charge et le suivi, mais qui sont aussi un grand nombre d'autres activités.

Enfin, dans le dernier commentaire général, je suis très déçu de ne pas rencontrer de disposition dans ce projet de loi pour abroger la loi n° 114, une loi inique qui a donné lieu et qui donne encore prise à de nombreux effets pervers dans plusieurs régions, et particulièrement dans les régions les plus fragiles, les régions éloignées.

Alors, si vous me permettez quelques commentaires spécifiques sur les articles du projet de loi. D'abord, l'article 5. Dans notre mémoire, on reprend chacun des articles, mais je n'ai pas le temps de le faire dans cette présentation. L'article 5 apporte des modifications importantes au processus de nomination du médecin qui désire exercer en établissement. Le Dr Dugré, avant moi... Moi, je suis le vrai Dr Dutil.

Des voix: Ha, ha, ha!

● (15 h 40) ●

M. Dutil (Renald): Mais le Dr Dugré a dit des choses que je pouvais facilement reprendre à mon compte. On crée des obligations aux médecins dans ce projet de loi n° 142, et particulièrement au niveau de l'article 5, mais on ne parle absolument pas des obligations des établissements, obligations des établissements de mettre à la disposition des médecins les outils voulus tout simplement pour pratiquer leur médecine. Et ça, c'est très décevant. Et, s'il est vrai qu'il y a un contrat tacite qui existe déjà lorsqu'on reçoit un avis de nomination dans un établissement et que la signature du médecin, là, qui, bon, vient confirmer ce contrat tacite ne pose pas tellement de problème, on souhaiterait que, dans ce même document où le médecin va apporter sa signature, l'établissement également reconnaisse les obligations qu'elle a, ou qu'il a, de fournir au médecin en cause les moyens d'exercer la pratique, sa pratique, à l'intérieur de cet établissement.

On souhaite également qu'il y ait beaucoup plus de transparence dans les obligations qu'on accorde aux médecins. Entre autres, on ne voit rien dans l'article 5 qui dit qu'un établissement doit informer un médecin qui reçoit une nomination des ententes de services qui existent entre un établissement — cet établissement — et un autre établissement, ententes de services qui ont un impact sur les tâches qu'aura à assumer le médecin, là, s'il est nommé dans cet hôpital.

Alors, je passe à un autre article, trois articles, les articles 8, 9 et 10 qui traitent de façon plus

spécifique des activités médicales particulières. Notre position politique à cet égard, nous l'avons affirmée à maintes reprises. Notre Fédération est d'avis que tous les omnipraticiens doivent assumer leur juste part des obligations qui leur incombent dans un milieu, mais qu'il faut tenir compte de leurs habiletés, de leurs intérêts professionnels aussi, de leurs années de pratique et de leur état de santé. Et ce sont des mesures incitatives et non pas de la coercition qui doivent être mises en place à cette fin. Et on a toujours préconisé, dans la gestion du régime des AMP, une approche professionnelle plutôt que l'approche quantitative de la pratique médicale telle qu'elle existe dans le régime actuel et telle qu'on veut encore l'établir dans le futur régime. Alors, il nous apparaît, nous, qu'un médecin qui détient un statut de membre actif dans un hôpital et qui exerce dans une des activités qui donne lieu à des AMP, que ce médecin-là devrait être réputé satisfaire aux activités médicales particulières.

On ne retrouve pas également suffisamment de souplesse dans les articles de la loi pour tenir compte que les réalités diffèrent d'une région à l'autre. Également, il y a des dangers lorsqu'on priorise à outrance les services à l'hôpital. Il y a des dangers de provoquer un afflux de nouveaux médecins omnipraticiens dans les hôpitaux, de voir émerger de nouveaux besoins de la part des centres hospitaliers de courte durée et de nouvelles activités dans un contexte où, je le répète, les besoins en matière de prise en charge et de suivi des personnes en médecine familiale sont très importants, et ce, dans toutes les régions du Québec. Alors, il y a des délestages de tâches qui peuvent se faire vers les médecins omnipraticiens sans tenir compte de leur mission première d'assurer de dispenser les services médicaux en ambulatoire.

Également, on remarque que le projet de loi est silencieux sur certains programmes, encore une fois en ambulatoire, en première ligne, des programmes qui sont en CLSC la plupart du temps et qui sont essentiels pour les clientèles les plus démunies. Je n'ai qu'à nommer, par exemple, les personnes qui sont en perte sévère d'autonomie et à domicile, les personnes qui souffrent de problèmes graves en santé mentale, les centres de réadaptation qui sont totalement absents des préoccupations, là, lorsqu'on regarde ces articles de loi et la liste des activités médicales prioritaires.

Je le répète encore une fois, il y a un danger à ne pas reconnaître les besoins d'un médecin dans la gestion du régime des AMP. Et je vais conclure cette partie-là là-dessus. On ne peut pas exiger que tous les médecins aillent à l'hôpital ou travaillent à la salle d'urgence. Ce ne sont pas là les vrais besoins du réseau. Si on avait 50 médecins ETP, équivalent temps plein, de plus disponibles pour les salles d'urgence, nous aurions couvert tous les besoins, et cet été, et cet automne, et dans les années qui viennent. Et, quant aux besoins dans l'hôpital, en tout et partout, nous aurions besoin d'environ 180 médecins ETP. On n'a pas besoin à ce moment-là d'avoir un régime des AMP basé sur une gestion quantitative de la pratique médicale et qui vient à ce moment-là méconnaître d'autres secteurs d'activité tout aussi importants.

L'article 11 également, révision des AMP, nous apparaît devoir être réécrit. C'est un article qui ne prend

pas en compte, d'aucune façon, les compétences d'un médecin omnipraticien. On dit à cet article que, en cas de pénurie grave, une régie régionale, sur recommandation du DRMG, peut, en tout temps, modifier temporairement l'engagement d'un médecin qui n'exerce que des activités, là, au niveau du suivi de la clientèle ambulatoire — les paragraphes 5 et 6. On n'est pas en désaccord qu'il y ait une disposition pour solutionner un problème de pénurie grave dans une salle d'urgence. C'est bien sûr un problème qu'il nous faut régler de façon prioritaire. Mais, tel qu'il est écrit, cet article, il est encore plus inéquitable que la loi n° 114, puisqu'il ne permet pas au médecin de faire valoir des objections ou, du moins, d'avoir des représentations, et il ne tient pas compte non plus des compétences d'un médecin. On ne peut pas travailler à la salle d'urgence comme cela. On n'enverra pas tout le monde à la salle d'urgence, tambour battant et huissier aux talons, sous prétexte qu'on a une salle d'urgence qui est en crise. Il faut quand même que ce médecin ait les habiletés voulues pour travailler dans une salle d'urgence. Voilà pourquoi on demande que l'article 364.1 soit réécrit pour tenir compte des compétences du médecin, pour tenir compte également du droit qu'il a de faire des observations et moduler également l'application de cet article par le biais de l'entente particulière qui devra intervenir pour gérer le nouveau régime des AMP.

Enfin, puisque le temps de la présentation est à peu près écoulé, le plan régional des effectifs médicaux. La Fédération demande que le comité de gestion FMOQ-ministère soit intégré dans un pouvoir réglementaire qui découle de l'article actuel 506 de la loi. Nous n'avons pas d'objection à l'établissement de plans régionaux d'effectifs, c'est déjà prévu dans la loi actuelle. Nous souhaitons cependant que, encore une fois, la gestion des plans d'effectifs soit faite de façon professionnelle en y introduisant la souplesse requise pour le faire.

Au niveau de l'article 25, on se réjouit que le projet de loi annonce l'abolition du décret punitif, le décret qui réduit de 30 % la rémunération des jeunes médecins. Mais la Fédération, je dois vous le dire, s'inquiète beaucoup de la précipitation avec laquelle tous ces changements devront s'effectuer, changements au niveau des AMP, changements au niveau des PREM et abolition de ce décret. Abolir ce décret avant même que les plans régionaux d'effectifs médicaux soient fonctionnels est imprudent et va créer et créer déjà beaucoup d'inquiétude au niveau des régions éloignées. Autant la Fédération, depuis 20 ans, demande d'abolir ce décret, autant la Fédération va exiger qu'en même temps que l'abolition de ce décret se mettent en place de nouvelles mesures incitatives et des mesures pour assurer aux régions éloignées, aux régions les plus fragiles, que les médecins omnipraticiens vont aussi s'intéresser à la pratique dans ces endroits.

Alors, je termine là-dessus, Mme la Présidente. Vous voyez que, si nous ne rejetons pas le projet de loi n° 142, nous croyons qu'il doit subir des modifications très substantielles, et il nous apparaît que les délais qu'a prévus ou que semble avoir prévus le ministre pour adopter, faire adopter ce projet de loi sont beaucoup trop courts. Beaucoup de réécritures doivent se faire et ce projet de loi doit également procéder d'une approche

beaucoup plus professionnelle que l'approche coercitive qu'on y retrouve dans plusieurs de ses articles. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Dutil, merci pour la présentation de votre mémoire. Alors, M. le ministre.

M. Legault: Oui. D'abord, je voudrais remercier et saluer Dr Dutil, Dr Lafrenière, Dr Desrosiers et Dr Godin pour votre présence. Je voudrais en profiter aussi pour vous remercier pour la grande collaboration que vous nous avez offerte au cours des dernières semaines, des derniers mois. Je suis content de voir que, bon, vous nous dites: On est d'accord avec les objectifs quand même du projet de loi. Vous êtes d'accord aussi avec plusieurs mesures, entre autres les mesures pour les clientèles vulnérables, les mesures aussi, qu'on enlève, de discrimination auprès des jeunes médecins. Je veux aussi vous rassurer, on est très disposé et très d'accord pour mettre en place des mesures transitoires pour s'assurer qu'il n'y ait pas, pendant la période transitoire, d'effet négatif sur les régions, puisque c'est justement notre objectif. Donc, je pense que, de ce côté-là, il y a beaucoup de choses qu'on pourrait faire aussi au niveau des règlements et en dehors de ce projet de loi. Bon.

Peut-être quelques remarques sur vos remarques. D'abord, la loi n° 114, nous aussi, on souhaite retirer cette loi n° 114, mais je pense qu'on va tous être d'accord pour dire qu'il faut avoir complété les parrainages dans les établissements plus vulnérables, parrainages sur lesquels on travaille, puis il y en a déjà certains de réalisés. ● (15 h 50) ●

Bon, vous revenez un peu aussi sur la question d'avoir peut-être un contrat entre deux parties où, nous aussi, on prendrait des obligations ou des engagements. Bon. Moi, je veux bien reparler de contrat. Je pensais que c'était quelque chose qui n'était plus souhaité. C'est pour ça qu'on était plus revenu sur l'approche d'un formulaire. Mais, si vous désirez revenir sur une proposition de contrat, même à deux parties, je suis toujours ouvert à en discuter.

Concernant le choix des priorités, bon, c'est certain que, si, demain matin, on met toutes les priorités, il n'y en a plus de priorités. Puis on s'attendait, que ce soit CLSC ou ailleurs, que les groupes qui ne sont pas dans les priorités mentionnées dans le projet de loi nous disent: Bien, écoutez, on voudrait, nous autres aussi, être dans les priorités. Mais, comme je le disais, si on met tout le monde dans les priorités, il n'y en a plus de priorités.

Par contre, il y a un mécanisme qui est prévu où la régie régionale peut, lorsque le besoin est démontré, ajouter à la liste des AMP, dans des situations spécifiques, du temps de médecins. Donc, c'est possible de le faire, et on est très ouvert là, puis ça se fait par entente à l'extérieur du projet de loi. Je pense qu'on a tous avantage là à s'adapter aux besoins spécifiques des régions. Mais, quand même là, je pense qu'il faut quand même s'entendre sur les priorités. Bon.

Peut-être une question là sur les urgences. Vous dites: C'est irréaliste de penser que tous les médecins, les omnipraticiens puissent travailler à l'urgence. On est d'accord avec ça. Par contre, il faut qu'on s'entende sur

qui en fait. Parce que je pense qu'on sent une tendance à ce qu'il y ait de moins en moins de médecins qui souhaitent en faire. Puis on peut comprendre le stress qui est rattaché aux activités à l'urgence. Mais on aura à travailler justement à définir quels sont les médecins qui ont besoin de formation, ou de stage, ou d'accompagnement de toute sorte avant, pendant une période transitoire, de pouvoir travailler à l'urgence.

Mais je voudrais vous entendre sur justement comment vous pensez qu'on peut définir... Parce qu'on a essayé de le faire, dans le cadre de la loi n° 114, avec parfois les difficultés que vous connaissez, à reconnaître ou non la capacité d'un médecin à être capable de faire de l'urgence. Parce que je pense que vous allez convenir avec moi qu'on ne peut pas seulement dire: On demande au médecin et, si le médecin se dit incapable de faire de l'urgence... Il reste que, quand même, les médecins ont été formés pour aller travailler à l'urgence. Donc, comment vous nous suggérez de travailler pour identifier les médecins qui peuvent aller à l'urgence et ceux qui ne peuvent pas travailler dans une urgence?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): Oui. D'abord, M. le ministre, avant de répondre à votre dernière question, ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit. La Fédération ne souhaite pas maintenant des contrats. Je me réfère à l'article 5 de votre projet de loi n° 142, dans lequel on dit que le médecin doit fournir «un écrit dans lequel il reconnaît avoir pris connaissance...», «il s'engage à respecter les obligations rattachées aux privilèges...» Est-ce que vous allez fournir également un écrit par lequel l'établissement va s'engager à fournir aux médecins les moyens d'exercer la médecine? C'est ça que je veux dire. Alors, il ne faut pas vous méprendre sur mon observation. Parce que les médecins omnipraticiens sont très présents à l'hôpital. Et ce que mon collègue le Dr Dugré a dit tout à l'heure, nous le vivons également comme les médecins spécialistes: absence de ressources, déception, frustration de devoir expliquer à des patients qu'on ne peut pas les traiter comme il se devrait en 2002.

Quant à votre dernière question, concernant les exigences ou, enfin, qu'est-ce que ça prend, je me permettrais de demander à mon collègue Dr Desrosiers, qui connaît bien la médecine d'urgence — il y exerce depuis 18 ans en médecine d'urgence, si je ne m'abuse — de répondre à cela.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Desrosiers.

M. Desrosiers (Michel): Merci, Dr Dutil. M. le ministre, le paradoxe de la question que vous posez, c'est que les gens qui sont le plus habilités à se recycler rapidement à faire de l'urgence, c'est des gens qui font déjà d'autres activités prioritaires, c'est-à-dire qui font déjà de l'hospitalisation ou des activités connexes. Donc, il n'y a pas de solution simple. Je vous ferai remarquer que, dans le projet de loi que vous avez là, les gens qui sont visés comme étant en situation de rupture ou de problème important, qui sont visés comme les gens qui peuvent venir en renfort, ce sont les gens

qui sont le plus loin de la pratique hospitalière, c'est les gens qui font déjà surtout du cabinet et qui soignent une clientèle vulnérable. C'est un peu se leurrer que penser que ces gens-là vont pouvoir se recycler rapidement pour faire de l'urgence. Donc, en ce qui me concerne, ce n'est pas tellement une question de définir qui on doit contraindre à y aller, mais quels sont les obstacles ou quelles sont les raisons pour lesquelles les gens ne veulent pas y aller.

Et, quand vous parlez de stress dans la pratique d'urgence, j'imagine que, pour vous, le stress que vous vivez, c'est d'avoir à prendre des décisions rapidement ou des choses comme ça. Je vous dirais que ce n'est pas ça, le stress, qui repousse le plus les médecins d'urgence, c'est les conditions dans lesquelles ils travaillent, c'est de faire de la médecine de corridor avec le double ou le triple de la capacité d'une salle d'urgence, c'est d'avoir à travailler dans une situation où il manque de personnel, il manque d'infirmières et où il manque de ressources pour soigner les patients. Alors, plutôt que de désigner qui on devrait forcer à y aller, peut-être qu'on devrait plutôt regarder comment on peut améliorer les conditions de travail au sein de l'urgence et réintéresser des gens qui sont en marge, qui font déjà d'autres activités comme de l'hospitalisation ou des choses semblables.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr. Desrosiers. M. le ministre.

M. Lafrenière (Michel): Mme la Présidente, je veux juste ajouter...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, vous voulez... En complément de réponse, Dr Lafrenière.

M. Lafrenière (Michel): Oui. Effectivement, je pense que la question n'est pas tant d'identifier quels sont les médecins qui ont les capacités à faire de l'urgence et qui les cachent. Ce n'est pas ça, la question. La question, c'est de dire... D'abord, de toute façon, dans la pratique médicale, habituellement les médecins se présentent dans les postes qui les intéressent, où ils ont les habilités, où ils ont des caractéristiques, où ils ont des habilités particulières. Le grand défi là-dedans, c'est vraiment de les garder. Et qu'est-ce qui fait qu'on garde des médecins d'urgence dans une salle d'urgence versus une autre salle d'urgence? C'est un peu tout... c'est le secret de la recette finalement, c'est un environnement hospitalier agréable, c'est la possibilité de pouvoir compter sur des équipements, de pouvoir compter sur des locaux qui sont adéquats, la possibilité de pouvoir compter sur des lits pour hospitaliser les patients quand c'est le temps d'hospitaliser les patients. C'est ces ressources-là qui font que finalement... C'est sûr qu'il y a une question de rémunération, mais je vous rappellerai que la rémunération est la même dans toutes les salles d'urgence au Québec. Donc, c'est une recette finalement, et il faut plutôt miser là-dessus.

Et, à cet effet-là, je pense que l'article 364 où on dit que la régie régionale peut, de façon périodique, procéder à la révision de l'engagement d'un médecin au sens des AMP, ça n'a pas sa place. C'est une loi n° 114 cachée. Et les médecins vont nous le dire rapidement,

ça: on échange un pour l'autre, là. On ne peut pas demander à un médecin, à un moment donné, après 10 ans, 12 ans, 15 ans, 20 ans de salle d'urgence, un médecin qui choisit délibérément de réorienter sa carrière dans une activité différente parce qu'il a développé des habilités puis des atouts là-dedans, on ne peut pas demander à ce médecin-là, à deux mois d'intervalle, après deux ans, trois ans, quatre ans, dire: Bien, toi, tu t'en viens à la salle d'urgence demain matin. Il y a des habilités qu'il faut conserver.

Il y a des habilités naturelles, là, mais il y a des — comment je dirais ça? — il y a des qualités qu'on va chercher en formation. Que ce soit juste en termes de réanimation, il y a des protocoles à suivre, on ne fait pas ça comme ça, dépendant comment ça nous tente là. Je veux dire, il y a vraiment des protocoles à suivre qui sont mis à jour à tous les ans, à tous les deux ans. On doit s'inscrire à ces activités-là. Le médecin qui, à un moment donné, après deux, trois ans, n'a pas suivi ça, c'est loin. Et, en dedans de deux mois, on ne peut pas nécessairement demander à quelqu'un de tout se remettre en tête les recettes qu'on doit utiliser à tous les jours à la salle d'urgence.

La partie 264.1, c'est, à mon avis, une équivalence de la loi n° 114. Il faudrait la regarder justement dans le respect des habilités du médecin puis la capacité de ce médecin-là, à un moment donné, à prendre en charge d'autres activités avec tout le sérieux que ça prend.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Il vous reste deux minutes, M. le ministre.

M. Legault: Oui. Bon, d'abord, peut-être une précision, là. Les AMP sont pour deux ans. C'est seulement dans des circonstances très exceptionnelles qu'il pourrait y avoir modification. Il faut se rappeler aussi qu'on a convenu d'augmenter de 17 % la rémunération à l'urgence et d'ajouter aussi 2 millions de dollars pour la formation justement de ces médecins.

Mais, étant donné que le temps file, là, puis qu'il me reste une question, j'ai peut-être le temps d'une question. À l'article 9, on établit quand même, là, les cinq priorités dans l'ordre: urgence, soins de courte durée, soins de longue durée, obstétrique et première ligne pour les clientèles vulnérables. Le Collège des médecins nous dit: On est d'accord avec ces cinq priorités-là. Moi, je veux savoir la position de la FMOQ. Est-ce que la FMOQ est d'accord, dans l'ordre, avec ces cinq priorités?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Dutil.

● (16 heures) ●

M. Dutil (Renald): Le problème que nous avons, ce n'est pas la nature des activités. Nous sommes d'accord que ce sont là des activités prioritaires. C'est dans la gestion qu'on va faire de ces activités-là. Je vais prendre des exemples bien précis: j'ai un médecin ou une médecin omnipraticienne, impliqué en santé publique depuis 10 ans, qui détient une Maîtrise en santé publique, qui y travaille à plein temps, vais-je devoir forcer ce médecin-là à aller travailler à la salle d'urgence ou dans une unité de soins aigus parce qu'on n'a pas

comblé les quatre premières priorités? C'est comme ça que les problèmes vont se poser, M. le ministre. Et ce n'est pas gérable, si on veut gérer le nouveau régime des AMP de cette façon-là.

Je vais déshabiller Pierre pour habiller Paul. Je vais faire plus que ça, je vais faire fi des compétences particulières qu'un médecin a acquises dans un domaine spécifique, qui est aussi nécessaire mais qui n'est peut-être pas la priorité absolue de l'urgence dans un milieu.

M. Legault: Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous saluer, de vous souhaiter la bienvenue. On est des réguliers à cette commission.

Écoutez, d'abord je vais vous dire que je prends acte et au nom, je dirais... Vous avez identifié l'Assemblée nationale tantôt comme étant... et ses membres qui forçaient un processus accéléré de consultation et même d'adoption de projet de loi, c'est beaucoup nous reconnaître de pouvoirs. Malheureusement, c'est un peu... il y a un peu de division dans cette Assemblée. Mais, quand même, puisque vous nous avez interpellés, je m'excuserai, au nom de cette Assemblée, auprès de vous de ces délais un peu trop rapides. Je le fais aussi au nom du ministre qui a simplement manqué de temps pour le faire.

Et bien sûr qu'on lira votre document au complet. On est passé très rapidement pour voir l'ensemble des éléments qui sont dedans. Et il y aura peut-être lieu qu'on vous recontacte pour voir si on a bien compris les éléments qui sont dedans. Alors, à l'avance, je vous informe que nous aurons peut-être à poursuivre cette consultation au-delà des 45 minutes qui nous sont allouées.

J'arrête sur l'article 11 pour commencer celui sur lequel vous vous êtes intéressé en nous disant qu'il était finalement pire que la loi n° 114. Je note que le ministre vient de nous dire que c'était un article d'application plutôt limitée, très exceptionnelle. Et je n'ai pas de doute de la bonne foi du ministre, il veut lui aussi abroger la loi n° 114. Il a omis de le mettre dans son projet de loi; il le mettra sans doute. Et je suis persuadé qu'il conviendra que l'article 11, au minimum, ne doit pas être pire que 114. Et, en même temps, qu'il fasse ce qu'il vient de nous dire, c'est-à-dire inclure dans le projet de loi un article abolissant 114. Ça, je pense que c'est ce qu'on verra au cours des consultations article par article. Mais, nous, là-dessus, on va insister fortement, je vous le dis à l'avance.

Je prends bonne note aussi de votre inquiétude sur la planification de l'échéancier, la mise en oeuvre du projet de loi. Je peux comprendre que ça peut provoquer des effets dominos, si on abolit la rémunération différenciée trop rapidement. Alors, le ministre nous a rassurés là-dessus.

À l'étude article par article, sans doute qu'il pourra nous déposer un plan d'action, de mise en oeuvre de ce projet de loi. Et je suis persuadé qu'on lui enverra les galées pour qu'il prenne bonne note de ce que je viens de dire parce que je ne suis pas sûr que j'ai attiré son attention.

Vous avez parlé de l'obligation des établissements à inclure au projet de loi et, comme vous m'avez entendu peut-être dans mes remarques préliminaires, ce que je déplore, je le déplorais dans 114, je le déplore encore aujourd'hui, c'est que, dans ces services que les citoyens ont le droit d'avoir, il y en a pour tout le monde, il y en a de tout le monde. On en demande des infirmières, des préposés, des médecins, on en demande des gestionnaires d'établissements, on devrait en demander aussi du gouvernement. Quand vous dites que, dans le projet de loi, on devrait inclure des obligations gouvernementales sur les conditions de pratique, est-ce que vous me le dites pour faire un argument politique, pour faire un élément de discussion ou vous pensez que, légalement, on peut inscrire dans un projet de loi des éléments qui forcent le gouvernement non seulement à mettre du personnel dans un département, mais à mettre de l'équipement dans ce département, à s'assurer que ce département est ouvert et que ce département fonctionne? Qu'est-ce que vous voulez dire véritablement lorsque vous dites: Je vais inclure une disposition légale sur les conditions de pratique?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): Alors, non, ce n'est pas un seul argument politique, M. Fournier, puisque, en bout de ligne, en bout de piste, il y a toujours des patients. Et ce sont les patients qui souffrent de l'incurie ou de l'incapacité — je préfère le mot «incapacité» — des établissements à mettre à la disposition des médecins ce dont ils ont besoin pour y exercer leur médecine.

Moi, je pense... Vous savez, légalement, on a une loi antidéficit, par exemple, on l'a encore, cette loi-là, qui force les établissements à équilibrer leur budget. On pourrait certainement avoir, au niveau légal, peu importent les technicalités, certaines obligations en vertu d'une loi, obligations d'un établissement, par exemple, à accorder au service d'urgence le personnel requis, le personnel infirmier, si je prends un exemple, ou de l'équipement requis pour permettre aux médecins qui travaillent dans le service d'urgence de travailler dans un environnement plus adéquat. Et je pourrais faire le même exemple pour chacun des départements.

Vous me permettez d'emprunter un peu à la médecine spécialisée un exemple. On fait signer un avis à un chirurgien qui reçoit une nomination. Bon. Il y a des obligations avec sa nomination, bien sûr, mais il se retrouve avec une journée opératoire par semaine, parce qu'on n'a pas, là... L'établissement a des budgets. Sous toutes sortes de prétexte, il ferme les salles d'opération certains jours. Alors, je pense qu'on peut trouver des modalités et des contraintes même légales pour forcer les établissements à donner aux médecins les moyens d'exercer leur médecine. Et là on parlera d'équité.

Parce que je remarque, dans les derniers projets de loi ou lois que nous avons eus, que les contraintes portent toujours sur les médecins. On a des problèmes très sérieux d'accessibilité à des ressources; on a des problèmes très sérieux de ressources; on est bien au fait des problèmes budgétaires du gouvernement du Québec et on les partage, ces préoccupations-là, mais on veut pallier à ces problèmes d'accessibilité de ressources de

toutes sortes, on veut y pallier en mettant davantage de contraintes sur le dos des médecins, et c'est ça que le corps médical ne peut pas accepter.

M. le ministre a souligné tout à l'heure notre grande collaboration. Je suis heureux de l'entendre dire, mais, attention, je veux dire, la Fédération a voulu être très pragmatique dans ce dossier-là. On a négocié de bonne foi, mais n'allez pas conclure qu'on est d'accord avec l'ensemble des dispositions du projet de loi, qu'on est d'accord avec une loi n° 114 qui nous a été imposée l'été dernier et qu'on est satisfait finalement du déroulement des différents dossiers qu'on a devant nous. On est pragmatique et responsable, et, en cela, nous avons accepté de regarder le projet de loi et de faire des recommandations de modifications, mais des modifications substantielles. C'est le sens qu'on doit donner à notre collaboration.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci. M. Dutil, je pense que, de toute façon, la démarche de loi spéciale et de loi forcée n'a jamais été la bonne, et je pense que l'ensemble des membres de la commission, lorsque nous ferons l'étude article par article, ainsi que les membres de l'Assemblée, lorsque nous aurons à adopter un projet de loi définitif, chercheront à nous rapprocher de façon presque parfaite à ce que le projet de loi fasse état d'une négociation réussie, soit la conclusion d'une négociation réussie, et donc, le jour un d'un nouveau partenariat relancé. Alors, rassurez-vous qu'on va lire comme il faut ce que vous nous avez déposé, et je suis persuadé que c'est ce que le ministre va faire aussi. Il ne voudrait sûrement pas nous amener sur le plancher une loi spéciale deux.

Pour ce qui est des obligations du gouvernement, permettez-moi — je vais le faire de la façon la plus légère possible — de rappeler quand même que, lorsque nous avons déposé nos propositions, au mois de juillet dernier, nous avons inclus bien sûr l'extension des AMP, la priorisation, je l'ai dit tantôt, le respect des plans d'effectifs et le suivi des clientèles, mais nous avons aussi cet élément: la nécessité pour le gouvernement de permettre aux centres hospitaliers de prioriser les urgences, ce qui se traduit notamment par la disponibilité de plateaux techniques adéquats, des infirmières et personnels en nombre suffisant, la possibilité d'ouvrir des lits de courte durée.

On pourrait peut-être poursuivre, mais c'est que nous disions à ce moment-là. Et je pense que vous avez tout à fait raison lorsque vous dites au législateur qui vous dit: J'ai un projet de loi pour aider les patients, vous faites du judo avec le législateur, vous lui dites: Ah oui? Tu veux t'intéresser aux patients? Bien, alors, mettons-nous tous dans les souliers des patients. Et les patients, ils disent quoi? Ils disent: Je veux avoir un médecin dans le département, mais je veux avoir un département qui est ouvert, je veux avoir un département qui fonctionne. Et donc, ça implique tous les partenaires, y inclus le gouvernement. Et je peux vous dire que nous allons continuer la démarche pour que le gouvernement comprenne qu'il a, lui aussi, des obligations à cet égard-là.

Au niveau des questions, tantôt — c'est passé rapidement et, malheureusement, je n'ai pas pu lire le

texte — sur la complication lorsqu'il y a des ententes de services entre deux hôpitaux, j'ai eu de la difficulté à comprendre ce que c'était. Est-ce que c'était pour l'administration des AMP lorsque c'est deux hôpitaux qui ne sont pas dans la même région ou... Vous avez soulevé un point lorsqu'il y a des ententes de services entre deux hôpitaux.

● (16 h 10) ●

M. Dutil (Renald): On fait toujours référence à l'article 5, à l'avis de nomination et à l'écriture, à la signature que devra apporter le médecin. Alors, il faut quand même que le médecin qui reconnaît qu'il a des obligations... il faut qu'on lui spécifie, là, certaines obligations. S'il y a un contrat de services entre un hôpital régional et un hôpital, par exemple, communautaire et que, par ce contrat, les médecins doivent s'engager à aller soit comme consultants ou soit comme médecins de garde dans une salle d'urgence d'un hôpital communautaire, il faut quand même que le médecin soit bien informé de cela, qu'il accepte une nomination d'un établissement qui a pris des engagements à l'égard d'autres établissements et que ces engagements-là vont le lier, lui, en tant que professionnel de cet établissement. Alors, c'est ça qu'on a voulu dire, M. Fournier.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Bref commentaire, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Il ne me reste plus de temps?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Bien, c'est parce qu'il faut que je cède la parole à la députée.

M. Fournier: Bien, peut-être juste un aparté sur un autre sujet qui concerne le projet de loi évidemment. Nous avons été informés du souhait des centres jeunesse de voir reconnaître dans les AMP les travaux qui y sont faits, et je dois vous dire qu'on... évidemment, tout le monde aimerait ça être dans les priorités, mais, personnellement, je dois avouer que, en ce qui concerne la jeunesse au Québec et les services qui devraient leur être attribués et lorsqu'on voit, là... je ne veux pas embarquer sur le suicide, mais toutes les difficultés que les jeunes ont au Québec, je suis plutôt sensible, fortement sensible à la demande des centres jeunesse. J'aimerais savoir de vous pourquoi je devrais tranquilliser ma sensibilité et que je devrais dire que, les centres jeunesse, leur demande ne serait pas correct.

M. Dutil (Renald): Non, je vais l'exacerber, votre sensibilité, M. Fournier, si vous me le permettez, bien sûr.

M. Fournier: Allez-y.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Brièvement, cependant.

M. Dutil (Renald): J'ai parlé avec M. Lamarche, M. Pierre Lamarche, le directeur général des centres de réadaptation, des centres jeunesse, aujourd'hui même, et je suis très sensible également à ses arguments. Et je reviens à certains commentaires que j'ai faits au début. Toute la question qu'on soulève quand on parle des

activités médicales prioritaires, c'est justement: Qu'est-ce qu'on reconnaît comme activités médicales prioritaires pour des médecins omnipraticiens? Est-ce que n'est prioritaire que ce qui se passe à l'hôpital, de courte durée, en soins aigus et à l'urgence? Il y a beaucoup d'autres activités dans lesquelles sont impliqués les médecins omnipraticiens et les centres de réadaptation pour jeunesse mais pour adultes aussi. Ce sont là des établissements qui ont besoin de médecins omnipraticiens. Plusieurs d'entre nous sommes déjà impliqués dans cette pratique. Est-ce que nous allons leur demander de quitter cette pratique pour aller, eux aussi, tambour battant à l'urgence? Ça n'a pas de bon sens, vous le savez aussi bien que moi. On déshabillerait Pierre pour habiller Paul.

Et les besoins, spécialement au niveau des centres de réadaptation jeunesse, sont très grands. Il s'agit là d'un domaine sensible où on a de la difficulté. On a eu de la difficulté à date à intéresser plusieurs médecins omnipraticiens à y exercer. Il faudrait qu'il y ait une reconnaissance de l'activité médicale prioritaire à ce niveau-là, tout comme dans les centres de réadaptation pour adultes. Et ça, le projet de loi est silencieux. Je comprends qu'il y a une catégorie un petit peu fourre-tout où on pourrait les inclure là-dedans, mais ce n'est pas très rassurant de dire: Vous allez passer après l'hôpital, après l'urgence, après le maintien à domicile ou après l'obstétrique, et ainsi de suite. Il faut qu'il y ait plus d'assurance que cela.

M. Fournier: Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme la députée de Joliette.

Mme Léspérance: Alors, merci d'être venus nous livrer vos commentaires. Je vais essayer d'être très rapide et de vous parler de deux problèmes que vous avez soulevés, entre autres, à l'intérieur de ça. C'est que vous parlez des GMF et que vous dites, et je cite: «La situation risque d'être encore plus difficile pour les médecins.» Je suis très préoccupée par, effectivement, le manque d'effectifs dans les régions en général, et ce qui me préoccupe davantage, c'est quand j'entends de vos collègues qui me disent: Au niveau des GMF, nous, on n'y croit pas parce qu'il manque tellement de médecins que... Probablement, dans cinq ans, dans 10 ans, que ça va être effectivement une formule intéressante. Mais il manque tellement de médecins que c'est des cliniques qui sont actuelles et qui, dans le fond, ne viennent pas donner une addition de services à notre clientèle en région.

Et ma deuxième observation, c'est: En fin de semaine, on avait, dans le journal *L'Action* ou *L'Expression* dans ma région de Joliette, un de vos collègues qui a annoncé en grande pompe qu'il se désaffiliait de la RAMQ pour maintenant ne faire que du privé et charger au mois à sa clientèle. Quand on a posé la question, lors de la Chambre de commerce, au ministre qui était notre invité, un citoyen qui était inquiet a dit: Oui, mais qu'est-ce qu'on peut faire? Le ministre a répondu que c'est le choix démocratique de tous les médecins dans tous les pays du monde de se désaffilier du système et de pouvoir faire du privé. Alors

que nous, au niveau de l'Action démocratique, ce qu'on dit, c'est que le service public doit être assuré et, en addition, les médecins pourront, en dehors de leur temps, faire ce qu'ils veulent, puis faire du privé.

Ma question est à l'endroit de M. Dutil: C'est quoi, votre orientation par rapport aux désaffiliations des médecins qui, de façon volontaire, sortent carrément de la RAMQ, ne donnent plus le service pour lequel l'ensemble des citoyens du Québec paie? Est-ce que, vous, votre position, c'est effectivement de permettre ça?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): Première observation sur votre premier commentaire. Il est vrai que le manque de médecins peut compromettre le développement des GMF dans plusieurs milieux, et je le regrette, là, puisque le GMF constitue un modèle d'organisation intéressant pour les médecins de famille. Cependant, il va falloir vivre avec des pénuries de médecins encore plusieurs années et il y a des réorganisations, des regroupements qui devront se faire, et je dois dire également que le modèle GMF va peut-être permettre une meilleure efficacité des groupes de médecins. L'ajout d'infirmières aux groupes de médecins qui vont travailler en GMF peut leur permettre de consacrer davantage de temps pour leurs activités qui exigent une compétence d'un médecin. Alors, si c'est vrai que, dans certains milieux, ça va compromettre le développement du GMF, ça ne doit quand même pas nous arrêter d'aller de l'avant avec cette formule.

Pour ce qui est de votre deuxième question, vous savez, le nombre de médecins qui se désaffilient du régime public, le nombre de médecins omnipraticiens à tout le moins, est très marginal. Et je crois que le système est suffisamment rigide actuellement, il ne faudrait pas le rendre davantage rigide en interdisant à un médecin de se désaffilier du régime public. Il y a déjà des dispositions qui existent dans la loi que, si, dans un milieu donné, il y a trop de médecins qui se désaffilient du régime public, le ministre peut annuler cette désaffiliation ou cette non-participation. Alors, tant que ça demeurera un phénomène aussi marginal que ça l'est maintenant, je ne crois pas que ça pose des problèmes.

Et je connais la proposition de l'ADQ: services publics et, en dehors, de faire ce qu'ils veulent. Je vous avoue que j'ai des interrogations à cet égard. Les médecins actuellement n'arrivent pas à assumer tous les services au niveau du régime public. Où trouveraient-ils le temps d'assumer d'autres services privés? Je pose la question. Je ne fais pas de politique, bien sûr. Dr Lafrenière voulait...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, c'est tout le temps qui est mis à notre disposition. On va être obligé, bien sûr, de...

Des voix: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Très brève complémentaire, Dr Lafrenière.

M. Lafrenière (Michel): Juste pour vous rassurer, je vais vous donner l'exemple qu'on a vécu à la clinique chez nous depuis quelques années, où on s'est réuni, on a trouvé des médecins supplémentaires, on a augmenté le nombre de médecins dans notre clinique et on a réussi à bonifier les services. On a donné une accessibilité en termes d'accessibilité sur le sans rendez-vous, sur une plage plus large, tel que le recommandait le DRMG. On prend en charge des patients, on a monté un système de garde pour les patients du 24-7 qui sont inscrits au CLSC et on n'est pas, à ce moment-ci, un GMF. À mon avis, je vous dirais que, dans votre région, c'est certain qu'il manque de médecins, puis je pense que le projet de loi actuel vient donner un coup de main là-dessus, mais je crois que le modèle GMF va vous permettre, à partir de vos effectifs, de donner peut-être de meilleurs services, d'aller chercher même des services qui n'étaient pas rendus. Alors, c'est sûr que ça ne rajoute pas de médecins demain matin, mais je pense que c'est un modèle qui est prometteur, puis il ne faut pas le mettre de côté.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Drs Dutil, Lafrenière, Rodrigue et Desrosiers, merci d'avoir accepté cette participation à la commission, au nom de tous les membres. Et j'invite maintenant le prochain groupe, la Fédération des médecins résidents du Québec, à bien vouloir prendre place. Et je suspends pour quelques minutes.

(Suspension de la séance à 16 h 19)

(Reprise à 16 h 22)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous accueillons maintenant les représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec. Alors, M. Stéphane Ahern, qui en est le président, je vous demanderais de bien vouloir nous présenter les personnes qui vous accompagnent et je vous invite à prendre la parole. Vous avez 20 minutes... pardon, 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

M. Ahern (Stéphane P.): Merci, Mme la Présidente. Je vais vous présenter, à ma droite, M. Jean Gouin, qui est directeur général de la Fédération des médecins résidents; à ma gauche, j'ai le Dr Marc Zerey, qui est secrétaire de la Fédération des médecins résidents; et, au bout de la table, j'ai Me Jacques Castonguay, qui est le conseiller juridique à la Fédération. Donc, merci, Mme la Présidente, M. le ministre, MM. et Mmes les députés, de nous inviter à cette consultation particulière. Je note l'heure pour être sûr d'être dans les temps.

Essentiellement, c'est pour vous rappeler un peu l'historique à la Fédération concernant la loi n° 142. Vous savez qu'en août dernier le ministre avait déposé un document de travail auprès de la FMOQ et de la FMSQ qui parlait essentiellement de cinq éléments, à savoir: les PREM, les AMP, les contrats d'engagement et les mesures incitatives ainsi que l'organisation intégrée

des services médicaux. Je vais vous proposer, dans mon allocution, de revoir l'ensemble des points. Vous retrouverez, dans le mémoire, les considérations particulières en fonction de chaque article, lesquelles je vous évite.

Le premier point que j'aimerais noter auprès de la commission est notre inquiétude au niveau de la Fédération des médecins résidents quant au déroulement des négociations qui ont eu cours depuis le mois de septembre. Bien que j'aie eu l'honneur de rencontrer le ministre à une occasion au mois d'octobre, ce qui fut d'ailleurs fort apprécié de notre part, on a été exclus des discussions quant aux négociations particulièrement en ce qui a trait au PREM, qui est un des éléments particuliers qui touche ma Fédération, et la relève médicale était très inquiète face à ça, puisque nous serons probablement les premiers concernés en début de pratique dans les manoeuvres de recrutement au niveau des PREM. Néanmoins, je vous avoue que nous arrivons aujourd'hui ici dans une attitude de coopération et nous avons proposé des éléments à chacun des points que nous voulons constructifs au niveau de la loi.

La Fédération est d'accord qu'il y a un problème d'accès aux soins, et nous voulons travailler pour accroître cet accès au Québec. Cependant, nous voulons promouvoir quelques principes que je vous rappelle dès maintenant, à savoir... Nous voulons une répartition équitable et intergénérationnelle sur ce fardeau-là, donc qu'il soit appliqué de façon intergénérationnelle. On croit qu'il faut respecter l'autonomie professionnelle des médecins et maintenir la qualité des services. Je pense que c'est l'élément central. Et plusieurs des propositions dans le projet de loi actuel nous inquiètent quant à la qualité des soins qui pourraient être donnés aux patients.

Donc, si j'y vais rapidement — je vais commencer par les PREM, puisque c'est un des éléments qui inquiètent le plus les jeunes médecins que je représente — au niveau des plans d'effectifs médicaux, je vous dirais que la notion de l'inclusion des cabinets privés, pour nous, particulièrement en médecine spécialisée, constitue un élément intéressant. Depuis longtemps, à la Fédération des médecins résidents, on dit qu'on doit inclure l'ensemble des médecins qui pratiquent dans un territoire dans les PREM, puisque c'est un meilleur reflet de la réalité.

Quant à la répartition et à la création des PREM, un des éléments qui nous inquiètent le plus est l'absence d'un volet pour les régions universitaires. Vous savez, au Québec, les régions universitaires... les centres hospitaliers universitaires ont quatre missions: les soins de première et deuxième ligne pour les régions où ils sont installés ainsi que de troisième ligne et de quatrième ligne pour l'ensemble des régions du Québec. Il y a un volet d'enseignement, de recherche et de développement de nouvelles technologies médicales. Vous comprendrez que, comme médecins résidents, puisque nous travaillons et nous étudions en même temps dans les centres hospitaliers universitaires, nous avons un intérêt particulier. Et, à cet effet-là, nous aimerions proposer à la commission d'inscrire dans la loi des plans d'effectifs médicaux universitaires qui s'appellent des PEMU. C'est une notion que vous avez déjà entendue à la commission, déjà en 2001, lors du projet de loi n° 28. L'argument pour ça est donc de tenir compte de la

spécificité et de la particularité des centres hospitaliers universitaires dans le développement de leur CHU.

Cette notion-là est, quant à nous, essentielle pour inclure au sein de ces tables — que nous appellerons des tables de concertation pour les PEMU — les facultés de médecine, qui ont aussi des besoins particuliers, et reconnaître les médecins qui travaillent dans ces établissements-là de façon particulière. C'est aussi essentiel pour reconnaître la vocation suprarégionale et universitaire des centres hospitaliers... bien, des CHU.

L'autre élément à la Fédération qui nous inquiète beaucoup... Vous savez que naguère, il y a de ça quatre ou cinq ans, il existait une Table de concertation sur la planification des effectifs médicaux. Cette Table de concertation regroupait les quatre fédérations médicales, la FAEMQ, la FMRQ, la FMOQ et la FMSQ, le Collège des médecins, les facultés de médecine, qui jouent quand même un rôle important dans la création des nouveaux effectifs médicaux, les régies régionales, l'AHQ, le MEQ, qui est le grand chef des facultés de médecine, et le MSSS. Cette Table-là, depuis quelque temps, depuis surtout que la FMOQ et la FMSQ ont introduit leur comité de planification d'effectifs médicaux dans leur entente, a un rôle de moins en moins important.

Donc, nous aimerions introduire, dans la loi n° 142, une notion de commission de la planification et de la répartition des effectifs médicaux sur le territoire québécois. Donc, c'est un peu pour faire reconnaître la Table de concertation et lui redonner droit de cité plutôt que d'inscrire dans les ententes-cadres, dans un volet de négociation... bien qu'on sait que ça appartient, à la toute fin de piste, au ministre de prendre la décision sur les PREM, mais que tous les représentants soient à la Table quand on discute des PREM, partout au Québec et encore plus particulièrement dans les régions universitaires. Cette Table-là permettrait de développer une attitude de coopération. Quant à nous, l'autre argument qui soutient ça, c'est que, pour nous, il ne faut pas négocier les PREM, il ne faut pas que les PREM soient soumis à des objets ou à des tractations de négociation plutôt qu'à des objets de concertation. On pense que les besoins au niveau public doivent être reconnus comme tels.

● (16 h 30) ●

Dans la loi, si on me permet un prochain commentaire, il y a la notion d'introduction du volume d'activité. Pour les médecins résidents, on a toujours reconnu qu'il faut planifier les effectifs médicaux en parlant d'équivalents temps complet. Si la notion de volume d'activité introduit cette notion-là, on est heureux. Cependant, on est plutôt inquiets, puisqu'on ne trouve pas de définition au sein de la loi de ce que c'est, un volume d'activités. Donc, je pense qu'il y aurait intérêt ici à développer une définition du volume d'activités.

Je vous avouerai que la loi inclut aussi une nouvelle notion, à savoir les sous-territoires. Et, à ce moment-ci, je vous dirais le même commentaire: Peut-être que ça va permettre de donner une certaine flexibilité dans le développement des plans d'effectifs médicaux sur le territoire québécois. Mais, en même temps, à la Fédération des médecins résidents, on est inquiets, puisque cette notion-là non plus ne trouve pas de définition.

Donc, qu'est-ce que ça va être? Est-ce que ça va devenir une unité administrative qui pourrait tenter de calquer un permis de pratique restrictif, ce qu'on dit, entre guillemets, un «*billing numbers*»? Si cette notion-là permet d'introduire ça, bien, c'est clair que, pour nous, on s'objecte à une telle introduction. Donc, encore une fois, je vous dirais que, au niveau de cette notion de sous-territoire, on a une réserve, surtout puisqu'il y a une absence de définition.

Permettez-moi de parler des DRMG et des DRMS fort brièvement, donc les départements régionaux de médecine générale. Déjà, lors de l'adoption de la loi n° 404, la Fédération proposait de créer un DRMS. Donc, pour nous, c'est quelque chose qui est intéressant. Ceci étant dit, nous croyons que, si nous voulons créer de vrais DRMS qui vont être viables au sein du Québec, il faudrait que ce soit fait de façon concertée plutôt que de façon imposée par une loi. Et, à ce moment-ci, on suggérerait que ce soit négocié avec la FMSQ plutôt qu'introduite.

Pour la Fédération des médecins résidents de façon particulière, vous savez qu'au sein des commissions médicales régionales — donc des CMR — des régions universitaires, il y avait un médecin résident sur la commission qui représentait la Fédération. On aimerait voir dans la loi introduire ce représentant de la FMRQ au sein des deux tables, bien, au sein des deux départements pour qu'il puisse assister aux discussions des DRMG et DRMS qui constituent, qui remplacent maintenant la CMR.

Permettez-moi aussi de noter, au niveau du DRMG et du DRMS, quand ces deux départements doivent être représentés au niveau de la région régionale, il est proposé qu'il n'y ait qu'un seul poste au niveau de la région régionale. À la Fédération des médecins résidents, on pense qu'il faut respecter la spécificité propre à la médecine générale et la spécificité propre à la médecine spécialisée qui est elle-même constituée de 34 sous-spécialités. Donc, on pense qu'il faudrait qu'il y ait un poste pour le DRMG et un poste pour le DRMS pour représenter les intérêts au sein du conseil d'administration de la région régionale. Ça, je pense que c'est l'essentiel de mes propos sur les PREM, retenant surtout cette notion de PEMU en centre hospitalier universitaire et deuxièmement cette notion de commission des effectifs médicaux.

Le deuxième élément que je vais vous parler, c'est les AMP, donc les activités médicales particulières. Vous savez que, pour nous, à la Fédération des médecins résidents, on est très inquiétés de voir dans la loi que la modulation ne se fait qu'en fonction du nombre d'années de pratique. Pour nous, tous les médecins doivent collaborer à l'effort des AMP, et les AMP ne doivent non pas être modulées en fonction du nombre d'années de pratique mais, comme le disait mon collègue le Dr Dutil, en fonction de la compétence des personnes et en fonction de leurs capacités physiques. Pour nous, ce sont les deux seuls critères qui doivent apparaître comme modulateurs des activités médicales prioritaires.

Vous savez que, à la Fédération des médecins résidents, après de nombreuses discussions, nous avons proposé que les AMP existent en médecine spécialisée et existent pour l'ensemble des spécialistes. Néanmoins,

ces AMP pour tous, pour tous les spécialistes devraient faire l'objet d'une négociation auprès de la FMSQ et surtout auprès des différentes associations qui la composent pour respecter la spécificité de chacune des composantes ou des différentes spécialités médicales ou chirurgicales.

L'élément-clé, pour nous, au niveau des AMP, tant en médecine spécialisée qu'en médecine de famille, est une notion qui s'appelle les corridors de services, qu'on a largement présentée depuis les derniers mois, tant au ministre que dans les journaux. Les corridors de services constituent, pour nous, une voie d'avenir au Québec, particulièrement en situation de pénurie. Et nous sommes contents de voir apparaître cette notion-là dans la loi n° 142, mais nous sommes aussi inquiets de voir qu'elle ne prend pas beaucoup de place et qu'elle n'inclut pas un rôle particulier pour les établissements.

Au niveau des corridors de service, vous savez que cela exige qu'il y ait une véritable démarche de réseautage entre les différents établissements du Québec, un réseautage qui vise à reconnaître des conditions de pratique pour les médecins. À la Fédération des médecins résidents, nous sommes très inquiets de saupoudrer des médecins ça et là sur le territoire québécois. Comme le disait mon collègue le Dr Dugré, ce n'est pas n'importe où et ce n'est pas n'importe quand qu'on peut pratiquer la médecine spécialisée. Il faut des conditions de pratique gagnantes, sinon les médecins qui vont pratiquer vont subir une atrophie professionnelle, et c'est ce que mes jeunes collègues redoutent énormément.

Si vous me permettez, je vais glisser à la quatrième notion, à savoir celle des contrats d'engagement. À ce moment-ci, je vous dirai qu'à la Fédération des médecins résidents nous rejoignons les commentateurs qui ont déjà été formulés devant vous par les deux autres Fédérations.

Pour nous, les contrats d'engagement doivent être bilatéraux. Cet engagement-là, autrement dit, c'est celui du médecin qui va pratiquer la médecine, qui s'engage à faire telle forme de médecine, tels actes, telles gardes, tels services de garde. Mais, en retour, il faut aussi que l'établissement s'engage — pour reprendre l'exemple de mon collègue le Dr Dutil — à fournir une salle d'opération à un chirurgien. Si on engage un chirurgien, si on lui dit: Tu vas opérer deux jours et demi semaine, bien, en échange, pour que ça soit un vrai contrat, pas un faux contrat, bien, il faut absolument que le chirurgien ait une garantie quant à ce que la salle soit ouverte ou à ce qu'il puisse opérer de façon adéquate. Donc, pour nous, cette notion-là s'avère importante, au niveau des contrats d'engagement.

Si vous me permettez un autre commentaire, je glisserai sur la rémunération différenciée durant les premières années de pratique. Vous savez qu'à la Fédération des médecins résidents c'est notre cheval de bataille depuis que le décret de 1982 existe et ce fut un des éléments majeurs, en 1995, à la Fédération. Nous nous sommes toujours objectés à l'introduction et au maintien d'une différence au niveau des salaires chez les jeunes médecins en début de pratique. Ils ont les mêmes responsabilités envers les patients. Ils ont les mêmes responsabilités légales envers les patients, et, à ce moment-là, une telle rémunération ne doit pas exister. Nous sommes cependant inquiets dans la loi de voir que la loi a été faite de telle sorte que l'article a été abrogé.

Mais qu'est-ce qui va se passer avec l'entente qui existe avec la FMSQ? Là, le décret, il n'existera plus. Ça, on en convient. Mais, avec l'entente de la FMSQ, puisque c'est une entente, et la loi, formulée comme elle l'est actuellement, ne mentionne pas qu'une telle entente ne peut pas exister. Donc, à ce niveau-là, c'est le seul article dont je vous parlerai. Nous suggérons, à la Fédération des médecins résidents, que l'article qui a été abrogé soit plutôt réintroduit dans la loi mais qu'on marque: La loi ou une telle entente ne peut pas inclure de clause discriminatoire envers les jeunes médecins. Donc, que l'Assemblée nationale s'engage à éviter d'inclure de telles mesures dans les ententes collectives qui seront négociées.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): En terminant, Dr Ahern. C'est terminé?

M. Ahern (Stéphane P.): Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui? Alors, je vous remercie pour cette présentation. M. le ministre.

M. Legault: Oui. D'abord je voudrais saluer puis remercier le Dr Ahern et les gens qui l'accompagnent. Je voudrais aussi le remercier parce que je pense que, quoi qu'il en dise, il a été pour beaucoup, là, dans ce projet de loi.

Ce que je comprends, là, il nous dit qu'il a été peut-être exclu des négociations officielles. Mais, en pratique, ses remarques, en tout cas, personnellement, je pense que je les ai bien écoutées. Je comprends aussi, là, que la Fédération des médecins résidents du Québec propose d'être incluse dans certaines instances. Ça suppose une entente avec les deux Fédérations de médecins. Moi, j'ai une certaine ouverture de ce côté-là, mais il faudrait quand même, là, qu'on attache ça, comme on disait, avec les deux Fédérations de médecins.

● (16 h 40) ●

Je suis content de voir que la Fédération des médecins résidents du Québec est satisfaite, entre autres, au niveau des mesures discriminatoires qu'on aurait réussi à enlever concernant les jeunes médecins. Vous avez parlé d'une répartition, au niveau de l'équité, intergénérationnelle. Je pense que je l'ai souvent dit avant, c'est une des raisons pourquoi je me suis impliqué en politique, donc je n'ai pas été difficile à convaincre sur ces propositions.

Vous faites certaines remarques entre autres sur les PREM pour les régions universitaires. Évidemment que, dans les planifications, on tient compte — dans les modalités; ce n'est pas dans la loi directement, mais dans les modalités — des surspécialités qu'on retrouve dans les régions universitaires.

Je me rappelle très bien aussi de votre proposition où vous dites qu'on devrait s'assurer entre autres que les jeunes médecins qui sont appelés à aller travailler en région, que ceux-ci soient rattachés au centre hospitalier régional. Ce qu'on me dit, c'est que ce n'est pas dans la loi qu'on doit mettre ces dispositions-là, c'est plus au niveau administratif, mais on continue à être d'accord avec cette approche.

Pour ce qui est de dire: Au conseil d'administration de la région régionale, il faudrait avoir et le DRMS et le DRMG, il y a un équilibre fragile au conseil d'administration de la région régionale. Il y a beaucoup de groupes qui nous demandent d'ajouter des personnes. Si on défait cet équilibre, ça a des répercussions aussi sur les autres groupes, mais, bon, on peut regarder ça.

Sans vouloir, vous non plus, vous mettre des mots dans votre bouche, comme le disait le Dr Dutil, vous revenez sur le vrai contrat, avoir un vrai contrat où il y a des engagements de l'établissement. Bon. Je pense qu'on a fait preuve de flexibilité en mettant de côté les contrats individuels. Mais, selon moi, ce ne serait que par des contrats individuels qu'on pourrait prendre des engagements pour les deux parties. On ne peut pas, dans la formule qui est utilisée actuellement, dire: Pour tout le Québec, on prend des engagements de fournir tous les équipements selon les choix qui sont faits par les médecins. Ce serait possible de le faire si on était allé vers un contrat individuel, on aurait pu dire: Quand le médecin négocie avec son établissement, l'établissement connaît ses ressources et peut prendre des engagements. Mais, à partir du moment où on met de côté le contrat individuel, bien, c'est comme donnant, donnant, cette affaire-là, c'est plus difficile de prendre des engagements concernant les ressources.

Je comprends vos inquiétudes concernant l'abolition de la rémunération différente pour les jeunes médecins. Je vais voir avec les juristes. On m'avait dit que c'était la bonne façon de le faire, puis, étant donné que c'est notre volonté puis que c'est la volonté aussi — vous l'avez bien entendu tantôt — entre autres du Dr Dutil, des Fédérations d'abolir ça, je ne pense pas qu'on se prépare, personne, je peux vous le confirmer, à signer des ententes à côté du projet de loi pour réintroduire des clauses discriminatoires. Inquiétez-vous pas de ça.

Je suis content aussi que vous nous disiez que vous êtes d'accord avec la création du poste de DRMS. Je vous invite à m'aider à travailler avec le président de la FMSQ, que vous avez entendu peut-être tantôt, qui dit qu'il n'est pas d'accord avec la création de ce poste-là.

J'aurais peut-être une question à vous poser concernant les AMP. Vous nous dites: Concernant les AMP, les AMP devraient être réparties entre les médecins en fonction de la compétence puis de la capacité du médecin. Je comprends, là, mais où sont pour vous les besoins des patients? Parce que, pour moi, ça devrait être notre première priorité de dire: Il faut que les AMP soient distribuées en fonction des besoins. Je comprends qu'il faut tenir compte des capacités puis des compétences, mais, bon, il reste que, quand même, les médecins ont été formés, ils devraient avoir les capacités et les compétences. Mais j'aimerais ça vous entendre, comment vous voyez la réponse aux besoins quand vient le temps de déterminer les AMP, et, parfois, ça peut être en opposition avec ce que souhaiteraient les médecins, on l'a vu dans le passé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Ahern.

M. Ahern (Stéphane P.): Donc, si vous me permettez, je vais répondre à votre question. Mais, rapidement, un petit point: On est heureux de voir que la

remunération différenciée à la baisse, vous semblez vouloir l'abolir, mais on demeure inquiets d'un point de vue juridique, à savoir si, en amendant la loi, en abrogeant l'article... Ce sera à vérifier. C'est clair que c'est une inquiétude au niveau de la Fédération.

Quant aux AMP, quant à la priorité accordée aux urgences, je pense qu'il faut distinguer la médecine de famille ou l'omnipratique de la pratique spécialisée. En omnipratique, pour nous, la liste qui a été établie semble conforme à la pratique médicale qui se fait. Néanmoins, je suis obligé de reprendre le propos de mon collègue le Dr Dutil qui disait tantôt: La médecine de famille est d'abord et avant tout prendre en charge des clientèles vulnérables en soins de première ligne. Et ça, c'est un élément qui ne semble pas prévaloir au sein de la liste des AMP qui ont été identifiées à l'heure actuelle.

Il faut savoir puis, pour moi, être résident en médecine spécialisée qui essaie de renvoyer parfois des patients en médecine de famille — pourtant, je pratique à Montréal — c'est extrêmement difficile pour que les patients soient pris en charge. Donc, je pense que, dans les AMP, il faut aussi reconnaître qu'il y a un volet de prise en charge des clientèles particulières.

L'autre élément, quand je parle de compétences, je pense et j'adhère aux propos qui ont été dits par mes prédécesseurs de la FMOQ, il faut absolument reconnaître que les médecins qui pratiquent pendant plusieurs années à l'extérieur de l'hôpital et à qui on leur demande de revenir en hôpital, c'est extrêmement difficile, puisqu'on peut désapprendre la médecine et apprendre d'autres spécialités.

Vous savez, la médecine est un champ extrêmement vaste où se publient un nombre énorme d'articles en peu de temps. Si on demande à un médecin de revenir à l'hôpital, ce n'est pas nécessairement sûr qu'on va assurer des soins de qualité au patient. Et, à ce moment-là, ce qu'on dit au niveau des AMP, c'est: Oui, il faut reconnaître des besoins; ces besoins-là, il faut les accepter, et, à ce moment-là, optimisons au sein des différents groupes de médecins.

En médecine de spécialité, la recommandation de la Fédération des médecins résidents est de dire: Allez auprès de chacune des associations pour que, elles-mêmes, à partir d'une vision terrain, ils soient capables de bâtir les besoins de la population. Et, à ce niveau-là, à la Fédération des médecins résidents, on fait confiance — excusez-moi l'expression mais je vais la reprendre, puisque c'est celle terrain — à nos patrons qui sont sur le terrain déjà en médecine spécialisée pour identifier les besoins de la population. Et, à ce moment-là, quand ces besoins-là seront identifiés, répartissons-les également entre les différents médecins, entre tous les médecins de la spécialité, en fonction de leurs compétences. Parce que, des fois, on devient surspécialiste dans une spécialité; donc, à ce moment-là, il faut parfois nuancer. On peut être cardiologue mais être surspécialisé dans quelque chose et se sentir mal à l'aise dans une autre tâche, donc, en fonction de la compétence et en fonction de la capacité physique, si, malheureusement, à un instant ou à un autre, on devient incapable physiquement d'assumer certaines tâches.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Oui. Bon, d'abord, concernant la médecine de famille, juste vous rappeler qu'à l'article 9, là, cinquièmement, on a inclus comme priorité la dispensation de soins de services de première ligne auprès des clientèles vulnérables. Donc, on en a tenu compte.

L'autre chose aussi qui est importante, c'est qu'on a négocié avec la FMOQ un forfait de prise en charge. Donc, je pense qu'il y a un incitatif de ce côté-là.

Mais je veux revenir, là, sur, j'allais dire, les AMP pour spécialistes, là, mais ce n'est pas des AMP pour spécialistes qui sont dans le projet de loi. Ce qu'on dit dans le projet de loi, c'est que tout spécialiste... Puis je m'excuse, là, peut-être de corriger le Dr Dugré tantôt, mais il y a beaucoup plus que 50 médecins spécialistes en cabinet privé, là. On parle — je vous dis ça — dans des spécialités de base, il y en a 40 en radiologie, 79 en psychiatrie, 69 en pédiatrie, 20 en ophtalmo, 16 en médecine interne, 17 en chirurgie. Donc, comme vous voyez, il y en a une liste. Il y en a beaucoup plus que 50.

Mais ce qu'on dit dans le projet de loi donc, c'est que tout médecin spécialiste doit s'inscrire à un CMDP d'un établissement. Et il y a une table des chefs de département qui est mise en place au niveau régional avec le poste créé de DRMS. Est-ce que, vous, vous pensez que c'est la meilleure approche, est-ce que vous pensez que... Est-ce que vous êtes d'accord avec une approche comme celle-là, de demander à tous les médecins spécialistes de s'inscrire à un CMDP, et que ça se décide finalement à ce niveau-là quelle est la quantité d'activités prioritaires, même si ce n'est pas un AMP au sens des omnis, et qui doit les faire selon leur compétence et tout ça, est-ce que vous êtes d'accord avec l'approche qui est proposée dans le projet de loi à ce niveau-là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Ahern.

M. Ahern (Stéphane P.): Je vais laisser mon collègue, M. Gouin, répondre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. Gouin.

● (16 h 50) ●

M. Gouin (Jean): Si vous me parlez d'un CMDP régional, on vous dirait, dans un premier temps: Non. Si vous me parlez d'un CMDP d'un établissement, notre approche première était oui, celle-là. C'est tous les médecins, même en omnipratique dans notre document d'ailleurs qui vous a été présenté au départ puis qui a été expliqué à notre espèce de comité d'effectifs médicaux, qu'il faudrait d'ailleurs améliorer, soit dit en passant, pour être sur le même pied que les deux autres, si on veut l'être. Je pense qu'on devrait... vous devriez donner l'ordre à vos sous-ministres et autres d'entamer des négociations là-dessus avec nous autres, justement pour négocier l'inclusion d'une nouvelle entité au niveau du cas PREM, d'une nouvelle définition pour permettre aussi notre participation au même titre que les autres, au niveau des effectifs médicaux, mais j'y reviendrai plus tard, si l'occasion m'en est donnée, là-dessus.

Mais oui, c'était ça dans notre document, dans le sens que tout le monde devant faire partie d'un CMDP;

c'est beaucoup plus facile en médecine spécialisée. C'est beaucoup plus difficile en médecine générale, compte tenu de l'appartenance, là. Puis c'est régional, puis elles ont chacune leur personnalité: la médecine générale puis la médecine spécialisée, elles ont chacune leurs particularités puis leurs spécificités et leur personnalité.

Nous, on travaille avec les deux groupes en même temps ici, et on le voit tout de suite sur le terrain. Alors, ce serait simple si tous les médecins qui oeuvrent dans un territoire quelconque ou près d'un établissement soient membres du CMDP. On parlait à ce moment-là de beaucoup plus de facilité de contrôler l'acte médical. Au lieu de s'en aller directement... pourquoi le médecin devrait aller directement au Collège au lieu d'aller à ce CMDP-là et pourquoi celui qui est déjà dans un CMDP va au CMDP avant d'aller au Collège? Alors, oui, ce serait peut-être plus facile pour nous de le contrôler comme ça.

Maintenant, il s'agit juste de le faire par la négociation. Il s'agit juste de trouver les éléments nécessaires, et je pense que les événements qu'on a connus depuis le début de l'été ne nous permettent pas d'avancer assez rapidement, aussi rapidement que vous le voudriez. Et il ne faudrait pas non plus en arriver à imposer une loi qui va faire en sorte que tout le monde va rester amer avec ça.

La profession médicale... Moi, ça fait depuis 1984 que je travaille avec la profession médicale, et j'ai vu tout ce qui s'est passé au niveau des jeunes, et je n'aime pas l'amertume que je vois. On essaie d'inculquer des bonnes valeurs, mais c'est difficile de travailler dans un contexte actuel, et j'espère qu'on est... Tout le monde est de bonne foi, je pense, et j'espère qu'on va arriver à des solutions négociées et non pas imposées.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, c'est tout le temps qui est mis à notre disposition, M. le ministre. M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: M. Gouin, j'ai bien aimé vos paroles. Je pense qu'elles devraient nous faire tous réfléchir. Effectivement, ce qui était recherché ici, c'est de remettre en place un climat de partenariat puis de respect mutuel.

Dans cet esprit, permettez-moi peut-être de faire une correction pour le bénéfice de ceux qui nous liront. Le ministre semblait faire dire au Dr Dugré qu'il était contre les DRMS. Je ne l'ai pas entendu dire ça. Je ne pense pas qu'il soit contre, comme vous l'avez dit. Je pense que vous essayez de lui mettre des mots dans la bouche.

Vous avez aussi essayé de lui faire dire que ses chiffres n'étaient pas bons. Mais vous avez oublié que, lorsqu'il a fait sa présentation, il nous a aussi fait une catégorisation par âge en excluant ceux qui étaient de 55 ans et plus. Je serais curieux de voir vos chiffres pour voir si vous avez tenu compte de ce facteur, parce que ce n'est pas utile pour créer un climat de partenariat que de taper sur la tête de quelqu'un qui n'est plus là en défaisant les propos qu'il a tenus. Alors, pour l'avenir, pour l'avenir, le mieux, ce serait qu'il y ait un peu plus de respect avec les gens qui viennent ici sans qu'on déforme leurs propos. En politique, je comprends que vous puissiez le faire avec nous. C'est correct; c'est la

politique, on est habitués là-dedans. Mais, avec les partenaires du réseau de la santé pour le bénéfice des patients, je ne pense pas que ce soit important.

Peut-être que je commencerais par les AMP et sur l'article 10 qui introduit 361.2 pour ce qui est de la modulation, où c'est bien écrit, là, «selon le nombre d'années de pratique». Tantôt, le ministre disait qu'il voyait là-dedans les besoins. C'est drôle. Ce que je voyais plutôt, moi, c'est que dans le projet de loi on avait des AMP et on se disait: On va les moduler, leur application, selon le nombre d'années de pratique. J'imagine que l'idée derrière ça, c'était parce que, au fil du temps, certains développent une pratique particulière, donc perdent quelques aptitudes à l'égard d'autres pratiques. J'imagine que c'était ça qui était le fondement de cet article-là, et vous, vous l'avez dit: Si c'est vrai, votre libellé, selon la compétence et la capacité physique, ne vient que retrouver ce sens-là. Alors, je...

C'est drôle, je n'ai pas de problème avec votre amendement dans la mesure où j'avais compris que le nombre d'années de pratique, c'est une expression pour signifier: Il faut prendre acte; après un certain nombre de temps, ils n'ont pas les mêmes aptitudes. Est-ce que vous pensez que, dans l'article tel que libellé, la source du nombre d'années de pratique n'était pas parce qu'on voulait tenir compte de leurs compétences?

M. Ahern (Stéphane P.): Si vous me permettez de répondre, je vais vous répondre par un bref historique. Si vous vous rappelez, en médecine de famille, puisque c'est là qu'existait l'expérience, les AMP étaient restreintes aux 10 ans et moins. Donc, j'ai l'impression que cette notion-là, prise dans le contexte et entendue comme telle, pourrait plutôt avoir un volet de discrimination envers les nouveaux pratiquants. Et on pourrait, si on se fie à la loi comme telle, dire: Ce sont les médecins de moins de cinq ans de pratique, de moins de sept ans de pratique. Donc, notre option, à la Fédération, c'est: Laissons tomber cette notion-là et allons vraiment, comme vous le proposez, plutôt en termes de compétences. Et, si, après tant d'années à faire, je ne sais pas, moi, de la gériatrie, on a perdu les compétences pour faire de la médecine d'urgence, reconnaissons au médecin qui fait de la gériatrie une compétence particulière là-dedans et qu'il réponde aux besoins prioritaires dans cette sphère-là.

M. Fournier: Sur un autre sujet, vous avez noté d'entrée de jeu que vous vouliez accroître l'accès aux services. Donc, il y avait trois critères, trois éléments dont la qualité de service; vous étiez inquiets dans le projet de loi.

Vous avez amené plus tard le point où vous voudriez avoir des garanties ou des obligations à l'égard du gouvernement, ce qui a amené la réplique du ministre qui dit, lui: Il est prêt à prendre des engagements s'il fait une négociation d'un à un, mais, si c'est avec l'ensemble des médecins, il ne prendra pas ça. Remarquez que je ne partage pas son point de vue, parce que c'est chacun des médecins qui fait quelque chose. Individuellement, il y a des actes qui sont posés et qui sont posés dans un cadre, dans un environnement qui, lui, est géré étatique, collectivement, et qui doit s'assurer que chaque individu qu'il amène dans un endroit a

l'équipement, a le personnel, a l'environnement pour travailler. Alors, je vous suis à 100 milles à l'heure. Parce que, à mon avis, dans un partenariat, dans une entente comme celle que nous avons, il doit y avoir des obligations assumées par chacun.

D'ailleurs, je pense qu'elles seraient plus facilement assumées par l'ensemble des partenaires du réseau de la santé — médecins, infirmières et autres — si ils et elles voyaient que les donneurs d'ordre que sont le gouvernement adopte lui aussi un certain nombre d'obligations qui vont être contraignantes. Effectivement, c'est contraignant, c'est évident. Ça va le forcer à faire des choix de gouvernement. Au-delà de la chicane fédérale-provinciale, il y a, dans ce budget de gouvernement, des missions tous azimuts. Et la question, un peu comme on dit souvent dans votre milieu: Dans un temps de pénurie, il faut hiérarchiser puis concentrer. Alors, peut-être qu'il faut hiérarchiser les priorités gouvernementales puis concentrer les ressources des autres missions vers la santé pour répondre à des obligations qui seraient contenues dans le document. Puis ça aiderait le ministre de la Santé d'avoir ce genre de condition ou d'obligation dans le projet de loi.

Ma question est un peu la même que celle que j'ai demandée au Dr Dutil: Comment vous le voyez... Nous, on va faire de l'article par article, là, plus tard, la semaine prochaine. Comment vous voyez cet article, sous sa forme légale, qui lie le gouvernement à ce qu'il offre des conditions de pratique correctes pour les médecins?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Ahern.

M. Ahern (Stéphane P.): Essentiellement, comme je le disais tantôt, au niveau du contrat d'engagement, actuellement le médecin va être appelé à signer une lettre d'entente avec l'établissement, en début de pratique, là. Mes collègues qui vont commencer l'été prochain, si la loi est appliquée à ce moment-là et si la loi est votée, ils devront signer le contrat, lequel reconnaît leurs obligations, leurs privilèges. Ils reconnaissent qu'ils sont dans les PREM, en fonction de la régie régionale.

Mais je pense que dans ce contrat-là, si on veut en faire un véritable contrat — parce qu'un contrat unilatéral, pour moi, ce n'est pas un contrat, là... Je ne sais pas comment on appelle ça, mais on appelle ça autrement, là. Mais, si on veut faire un vrai contrat, si on veut créer cette alliance-là, bien, quand on précise les obligations du médecin et ses privilèges, il faut qu'il y ait, dans la même modalité contractuelle, les obligations que l'établissement... ou l'engagement volontaire de l'établissement à dire: J'assurerai le nombre de périodes d'opérations ou j'assurerai l'accès à l'échographie ou, pour le radiologiste, l'accès aux Cd-scan, ou peu importe, là, mais selon les spécialités. Donc, de véritables engagements au sein de ce contrat-là, qui est déjà signé par le médecin, mais qu'on rajoute une biffe à côté et qu'on le voit, l'engagement de l'établissement. Au niveau juridique, mon conseiller pourra le préciser, mais ce qu'on veut, c'est d'avoir cette notion-là dans la loi, d'introduire l'obligation, au niveau de l'établissement.

● (17 heures) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Me Castonguay.

M. Castonguay (Jacques): Peut-être simplement rajouter, si vous permettez. Vous savez, dans ce type d'engagement là, comme le Dr Ahern vient de vous dire, il pourrait y avoir des engagements des hôpitaux.

Je pense que le fait de l'introduire dans la loi, ça ne signifie pas nécessairement que les établissements vont s'égorger eux-mêmes ou se mettre dans des situations qu'ils ne seront pas capables de tenir. Mais je pense également que dans certaines circonstances il pourrait très bien y avoir un échange entre le médecin et l'établissement où l'établissement prendrait certains engagements. Je présume qu'il ne s'engagera pas s'il n'est pas capable de le tenir. Mais, s'il est capable de le faire, il va l'indiquer. Ça améliore les relations, et, à mon sens, là on pourrait parler d'un véritable contrat d'engagement. Alors, pourquoi la loi ne pourrait pas permettre de le faire tout simplement? Je pense que ce serait très faisable.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: J'aimerais que... Comme vous le savez, ça va vite, puis je n'ai pas eu l'occasion de lire le mémoire. Je vous ai écouté, en fait. Parlez-moi du PEMU et de son interrelation avec les PREM. Est-ce qu'ils viennent s'insérer dedans ou est-ce que c'est un plan d'effectifs pour réseau universitaire, c'est...

M. Ahern (Stéphane P.): Pour nous, là, le PEMU, c'est un élément essentiel. La première chose, il sera ou il devrait être développé, oui, avec la FMSQ et la FMOQ, qui demeurent des agents-clés, mais aussi avec les facultés de médecine. Et il faut vraiment leur donner le droit de siéger directement sur une table de concertation ou une commission, mais, spécifiquement pour les PEMU, il faut vraiment reconnaître la quadruple mission des CHU à cet élément-là.

Au niveau de sa structuration avec la relation avec les PREM, pour nous, il faut les additionner. Il y aura le PREM de la région de Montréal et il y aura le PEMU pour l'hôpital universitaire... bien, les deux hôpitaux universitaires, les deux facultés, à savoir McGill et Montréal, à Montréal. Donc, ça deviendra une addition au PREM de Montréal.

Il faut aussi savoir que ce PEMU là doit aussi inclure les besoins en soins tertiaires et quaternaires de l'ensemble des autres régies régionales. Donc, il faut permettre cette intégration suprarégionale qu'il ne faut pas imposer à la régie régionale de Montréal, là. Elle n'a pas à aller prévoir les besoins en soins tertiaires et quaternaires des autres régies régionales, ça doit se faire par une autre table qui intégrera tout ça. Et c'est ce qu'on suggère dans les PEMU, d'avoir cette intégration supra-régionale, cette intégration universitaire. Et, plutôt que de passer par la régie régionale pour monter au ministre, ce qu'on dit, les PEMU doivent dépendre directement du ministre qui, lui, pourra apprécier ça avec les besoins en relève médicale.

Vous savez qu'avec les coupures dans le nombre d'admissions dans les dernières années il y aura une

éclosion, maintenant, des jeunes étudiants qu'on a ouverts, là... Maintenant, on va recevoir 200 nouveaux étudiants par année, bien le système universitaire québécois va avoir besoin de nouveaux docteurs, de nouveaux professeurs pour leur enseigner. On pense qu'il faut vraiment créer des PEMU pour permettre de penser à cette réalité très particulière qui va exister en région universitaire, pour combler ça, là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, c'est terminé, M. le député de Châteauguay, malheureusement. Mme la députée de Joliette.

Mme Lespérance: Merci. Ça a été vraiment enrichissant de vous entendre parler. Maintenant, ce qui se dégage comme constante des trois groupes, des trois fédérations qu'on a vues, c'est effectivement la nécessité d'un contrat bilatéral. Dans le fond, si je paraphrase mon collègue ministre, vous êtes d'accord à être des bons pilotes d'avion, mais vous avez envie de savoir si l'avion est en bon état puis dans quel contexte, là, vous allez pouvoir travailler avec cet avion-là. Donc, je pense que ça a été une constante qui s'est développée, et on l'a vraiment tous bien ciblée, bien entendu.

Moi, je suis préoccupée par nos médecins en région, qu'on arrive difficilement à attirer. Est-ce que, à l'intérieur de votre jeune Fédération, il y a des choses qu'on ne fait pas en région ou des éléments qu'on ne connaît pas pour arriver à décider nos jeunes médecins qui terminent de venir nous trouver en région, puisque nous autres, on dit: On est la plus belle région puis on est capable de faire des places extraordinaires, là, à nos jeunes?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Ahern.

M. Ahern (Stéphane P.): Je vais laisser mon collègue le Dr Zerey répondre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, parfait. Dr Zerey.

M. Zerey (Marc): Merci de votre question. Ça fait maintenant quelques années, premièrement, que la Fédération s'intéresse à l'installation en région. On a toujours favorisé ce qu'on appelle la Journée Carrière Québec. On invite environ 70 établissements de par tout le Québec et on favorise plutôt même les régions éloignées de venir nous présenter les attractions de leurs régions respectives, et c'est vraiment une journée très populaire. Il y a des contrats qui se signent dans cet événement, spécialistes et omnipraticiens.

Par rapport à comment est-ce qu'on peut attirer des jeunes médecins à pratiquer en région, omnipraticiens et spécialistes, je pense que, déjà, en omnipratique ça se fait déjà assez bien. En spécialité, des fois ça pourrait être un peu plus difficile. On a mentionné un terme qui est assez important, c'est l'atrophie professionnelle. Il y a des éléments de base afin de pouvoir attirer un jeune spécialiste en région, un jeune médecin en région. On parle de mesures incitatives, on parle aussi d'une qualité de vie, un bassin de population suffisant afin de pouvoir pratiquer sa discipline respective,

des opportunités de se ressourcer, c'est-à-dire des voyages pour aller à des conférences, du temps pour aller en conférence et aussi avoir un nombre minimal de confrères, de collègues avec qui on peut communiquer pour des consults dans sa propre discipline et dans des disciplines qui sont similaires à la sienne.

Ce qu'on retrouve... C'est que si on commence à parsemer des médecins un peu partout dans le territoire du Québec, ça ne va pas fonctionner. Pourquoi? Parce que nous n'avons pas un réseau établi afin de pouvoir favoriser des établissements qui ont une main-d'oeuvre différente. C'est-à-dire si, moi, je suis dans un centre hospitalier universitaire qui offre des services tertiaires et quaternaires en plus de la recherche et les études de technologie, comme le Dr Ahern en a mentionné, moi, je suis à un endroit excellent afin de pouvoir référer des patients à mon niveau universitaire. Si, moi, je suis en région éloignée, ça donnerait quoi d'avoir nécessairement tous les spécialistes présents dans cette région? Ça ne fonctionnerait pas, on n'a pas assez de médecins, on n'a pas assez de spécialistes afin de combler le déficit partout.

La meilleure façon vraiment, c'est de combiner l'attraction aux régions par rapport aux critères que je vous ai mentionnés et, deuxièmement, c'est d'établir des corridors de services dont la loi ne fait pas tellement allusion, à peine. Il y a un article qui mentionne l'idée, mais, dans notre mémoire, dans celui-ci et dans un autre qu'on a déposé il y a deux mois maintenant, on parle beaucoup des corridors de services comme étant une idée pas nécessairement nouvelle, mais une idée qui pourrait trouver des solutions aux problèmes qui existent actuellement pour non seulement assurer l'accessibilité, mais aussi une qualité de l'acte dans les délais les plus brefs. Donc, nous croyons qu'une partie, ce seraient les ententes officielles entre établissements en favorisant la qualité de l'acte en plus de l'accessibilité.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, c'est tout le temps qui est mis à notre disposition. Messieurs, merci pour la qualité des échanges avec les membres de cette commission et votre participation.

Alors, j'invite maintenant les représentants de la Fédération des associations étudiantes en médecine du Québec à bien vouloir prendre place et je suspends pour quelques minutes.

(Suspension de la séance à 17 h 8)

(Reprise à 17 h 9)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous accueillons maintenant les représentants de la Fédération des associations étudiantes en médecine du Québec. S'il vous plaît!

Une voix: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, je cède la parole à M. Alexis-Simon Cloutier qui en est le président. Veuillez nous présenter la personne qui vous accompagne, et je vous avise que vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Fédération des associations étudiantes en médecine du Québec (FAEMQ)

M. Cloutier (Alexis-Simon): Je vous remercie beaucoup, Mme la Présidente. Donc, je me présente encore une fois, Alexis-Simon Cloutier. Je suis président de la Fédération des associations étudiantes en médecine du Québec. Je suis accompagné, aujourd'hui, de M. Guillaume Charbonneau, qui est délégué aux affaires externes de la même Fédération.

Donc, nous tenons d'abord à vous remercier de l'invitation faite à notre Fédération pour venir présenter le point de vue des étudiants en médecine sur l'organisation du système de santé québécois. Afin de vous faire un bref survol de notre Fédération, nous tenions à vous dire que la Fédération regroupe quatre associations étudiantes en médecine du Québec, en fait les quatre et seules associations, donc l'AEMUM de l'Université de Montréal, le REMUL de l'Université Laval, le MSF de l'Université McGill, et l'AGEEMUS de l'Université de Sherbrooke. De ce fait, elle représente l'ensemble des 2 300 étudiants en médecin au Québec.

● (17 h 10) ●

De par sa nature, notre organisme s'intéresse aux orientations données au système de santé québécois et se préoccupe particulièrement de la qualité de la formation médicale donnée dans ce système. Actuellement, le système de santé fait face à une grave pénurie d'effectifs médicaux. Parmi les solutions mises de l'avant afin de traiter ce problème, la hausse du nombre d'étudiants en médecine s'inscrivait comme choix logique. Notre Fédération n'a donc pas hésité à appuyer cette mesure. Néanmoins, celle-ci a suscité une nouvelle préoccupation: les facultés de médecine québécoises sont-elles en mesure de former adéquatement tous ces étudiants? Parmi les instances que nous avons consultées, aucune n'a pu nous assurer que les ressources nécessaires seraient disponibles pour accommoder ces hausses. En quelques années, cette préoccupation est devenue un véritable problème. En effet, en l'espace de seulement cinq ans, les admissions en médecine ont augmenté de 64 %. La situation actuelle illustre à quel point l'enseignement de la médecine est facilement laissé pour compte. La Fédération croit qu'une commission parlementaire portant sur les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins offre une tribune tout à fait adéquate pour mettre de l'avant une priorité sentie de la population québécoise, se doter de médecins de qualité.

Au cours de nos réflexions, nous avons été en mesure d'évaluer plusieurs aspects de la problématique ainsi que certaines solutions à considérer. Notre présentation visera donc, dans un premier temps, à vous exprimer brièvement le rôle que doit remplir le corps médical au Québec. Dans un deuxième temps, nous tenterons d'identifier les ressources qui seraient nécessaires pour couvrir toutes ces attentes. Et, finalement, dans un troisième temps, nous vous soumettrons des idées qui, à notre avis, sont d'excellentes pistes de solution afin de préserver les composantes vitales du système de santé et d'assurer sa survie à moyen et à long terme.

D'un point de vue global, le corps médical de tout système de santé doit remplir quatre fonctions essentielles. La première est, bien évidemment, les soins et la

prévention auprès de la population. Je crois que cette notion fait l'unanimité auprès de tous les Québécoises et Québécois, et il est bien normal qu'il en soit ainsi.

La deuxième est l'implication dans l'administration et dans l'organisation du système de santé. Les médecins sont des acteurs de premier plan du système et sont donc dans une position privilégiée pour analyser, évaluer, critiquer et apporter des corrections judicieuses aux rouages du système.

Les deux fonctions suivantes sont souvent négligées, puisqu'elles ne défraient jamais les manchettes et qu'elles ne sont jamais la cause des crises aiguës qui touchent parfois le système. Elles représentent néanmoins le pilier de tous les soins de santé.

La troisième fonction du corps médical est le développement de la science et des connaissances médicales et l'évaluation des nouvelles technologies. Cette activité est essentielle à l'amélioration des soins de santé, puisqu'elle permet aux patients de bénéficier de meilleurs outils diagnostiques et de meilleurs traitements.

Finalement, la quatrième fonction de la profession médicale est de former les prochaines générations de médecins, celle de l'enseignement. Ce rôle, bien que peu connu et peu mis de l'avant, doit être rigoureusement rempli si on désire préserver la qualité des médecins québécois.

Une fois ces quatre fonctions établies, nous nous sommes penchés sur les ressources nécessaires pour supporter de telles activités. Compte tenu des moyens limités de nos instances, notre Fédération s'est concentrée sur les rôles impliquant davantage nos membres, soit l'enseignement et la recherche. Le premier type de ressources dont nous allons vous entretenir est formé de ressources très rares et donc très précieuses en ce moment. Détrompez-vous, Mme la Présidente, il n'est pas question d'argent, mais bien de ressources humaines. Le calcul est simple, deux facteurs majeurs contribuent à la rareté des ressources humaines dans l'enseignement médical. D'abord, la pénurie d'effectifs médicaux. Le manque important de médecins augmente la charge clinique de chacun d'eux. Inévitablement, moins d'entre eux sont disposés à enseigner dans nos facultés. Ensuite, l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine. L'augmentation des admissions en médecine de 64 % en cinq ans augmente de manière magistrale la charge de travail des médecins professeurs.

Il est essentiel, selon nous, de prévoir adéquatement et dès maintenant des mécanismes pour assurer la qualité de la formation médicale. Il faut se permettre d'être visionnaire et de ne pas succomber aux modes de gestion par crise. Il faut donc considérer cette situation comme une problématique actuelle, mais dont les solutions sont orientées vers l'avenir. Selon nous, l'établissement des ressources humaines dans l'enseignement médical doit être un des objectifs de la loi n° 142.

Afin de répondre à cette problématique, nous vous proposons quelques pistes de solution. D'abord, l'établissement des plans d'effectifs médicaux, il serait important d'y reconnaître la vocation supplémentaire des centres hospitaliers universitaires. Les médecins qui y travaillent remplissent une tâche de soins cliniques,

bien entendu, mais ils occupent également des fonctions de professeur et de chercheur, deux fonctions très importantes pour le bien-être de notre système. C'est pourquoi nous croyons qu'il est important de reconnaître cette réalité en créant des plans d'effectifs médicaux universitaires. Ces plans particuliers aux centres hospitalo-universitaires permettraient que les soins à la population soient dispensés, mais également que l'enseignement et la recherche puissent être reconnus comme tâches et non réalisés en surplus du travail clinique.

La solution suivante s'inscrit dans un même ordre d'idées. Nous vous proposons de travailler à l'élaboration et à l'application de plans de pratique pour les médecins qui désirent participer à la quadruple mission des centres universitaires. Ces plans reposent sur l'évaluation conjointe des universités et des centres hospitaliers des besoins de services dans chacune des quatre sphères médicales: les soins aux patients, l'administration, l'enseignement et la recherche. Chaque département hospitalier répartit ensuite les unités de travail déterminées parmi les médecins oeuvrant dans ce service. La rémunération des médecins oeuvrant dans des plans de pratique est en fonction des unités de service qui lui sont attribuées, mais toutes les unités sont reconnues et rémunérées également. Ce système évite que la tâche d'enseignement soit considérée comme un surcroît de travail et la recherche comme un passe-temps.

Finalement, il est nécessaire d'aborder une dernière solution, plus générale cette fois. Plusieurs médecins ne sont affiliés à des centres universitaires mais participent à la formation des médecins où à d'autres tâches non cliniques jugées nécessaires. À notre avis, les plans d'effectifs médicaux surestiment les heures où un médecin est disponible pour sa population. C'est pourquoi nous croyons que les plans d'effectifs médicaux de l'ensemble de la province devraient être calculés en équivalents temps complet plutôt que par individu.

Nous voudrions profiter de cette tribune pour attirer votre attention sur deux autres ressources qui sont essentielles pour assurer le maintien de la qualité de la formation médicale au Québec. Bien qu'elles ne fassent pas l'objet de solutions de notre part, elles méritent tout de même d'être soulevées. D'abord, dans le contexte des hausses d'admissions, il serait important que les facultés disposent des ressources matérielles pour donner de l'enseignement adéquat à ces étudiants. Nous pensons à des considérations aussi simples que des locaux assez grands pour accueillir l'ensemble des étudiants. Sont à considérer également des ressources informatiques qui permettraient aux étudiants de se familiariser avec les outils essentiels à la pratique d'une médecine du XXI^e siècle. Finalement — et c'est toujours une considération dont il est moins intéressant de discuter — la Fédération croit qu'il est primordial de s'assurer que les facultés disposent des ressources financières pour combler leurs besoins en ressources humaines et en ressources matérielles.

En conclusion, Mme la Présidente, par sa présence à cette commission aujourd'hui, la Fédération des associations étudiantes en médecine du Québec tenait à inviter la classe politique à ancrer le système de

santé québécois et à éviter la dérive de sa main-d'oeuvre à long terme. Nous sommes fermement convaincus que ce désir traduit une volonté sociale. Nous espérons de tout coeur que cette volonté de société se reflétera dans les actions de son gouvernement. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, M. Cloutier, pour votre présentation. Je cède maintenant la parole au ministre.

M. Legault: Oui. Mme la Présidente, je voudrais remercier M. Cloutier et M. Charbonneau pour leur présence. Je pense, c'est important qu'on pense effectivement à notre relève, parce que c'est surtout les jeunes qui vont avoir finalement à mettre en pratique tout ce qu'on discute actuellement, entre autres, dans ce projet de loi.

● (17 h 20) ●

Bon, M. Cloutier nous parle de la hausse d'admissions dans les facultés de médecine, plus de 60 % depuis 1998. Effectivement, c'est une hausse rapide. Peut-être juste rappeler — bon, peut-être, je vais mettre mon chapeau d'ancien ministre de l'Éducation — que, contrairement à ce qui était en place jusqu'à il y a quelques années, le financement des universités n'est plus sur une base historique, mais sur une base de volume et tient compte aussi de la lourdeur du volume. Puis, par exemple, on sait qu'un étudiant en médecin coûte plus cher, par exemple, qu'un étudiant en administration. Donc, le financement est en fonction du volume, quand le volume augmente, le financement augmente. Mais c'est peut-être vrai qu'il y a des ajustements à faire effectivement puis aussi une certaine difficulté à recruter les professeurs dans les facultés de médecine.

Je veux aussi apporter la précision que, dans les PREM, on reconnaît la mission universitaire des CHU, on tient compte de l'enseignement et de la recherche. Et j'étais content de voir aussi que M. Cloutier proposait qu'on tienne compte des volumes d'activité des médecins, incluant quand ils font de l'enseignement. C'est un peu ce qui est visé dans le projet de loi. On n'avait pas cette information actuellement, et c'est pour ça qu'on a tenu compte, là... On a tenu à préciser dans le projet de loi qu'on voulait maintenant avoir de la RAMQ les volumes d'activité pour être capable de travailler en équivalents à temps complet plutôt que d'avoir juste des nombres de médecins qui font différentes activités.

J'aimerais peut-être revenir sur les plans de pratique. Bon, vous le savez probablement, on a cette façon de faire à Sherbrooke. Donc, il existe déjà une formule où les médecins qui font de l'enseignement puis de la recherche se mettent un petit peu, pour utiliser un anglicisme, en «pool» et partagent justement les revenus. Il existe peut-être un début de formule comme ça aussi à McGill, mais, bon, on est en discussion, je pense, avec les médecins de Sainte-Justine peut-être pour mettre en place aussi un plan de pratique. Mais, à l'Université de Montréal comme telle, là, et à l'Université Laval, ça n'existe pas. Il y a des partisans des plans de pratique, il y en a qui sont contre, dans les médecins, les plans de pratique. J'aimerais entendre votre point de vue sur comment... Et est-ce qu'on devrait imposer ou est-ce

qu'on devrait... Comment vous voyez l'application des plans de pratique?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Cloutier.

M. Cloutier (Alexis-Simon): Comme on vous l'a présenté dans notre allocution, il est certain que, compte tenu des ressources limitées de notre Fédération, on n'est pas en mesure d'évaluer l'ensemble des modes d'application et des avantages et inconvénients de chacune des mesures. De la manière dont on nous l'a exprimé, par contre, au niveau des plans de pratique, on trouve qu'il y a certainement des applications, là, qui sont bénéfiques pour les médecins qui en bénéficient. Par exemple, c'est certain qu'un médecin qui adhère à un plan de pratique comme ça obtient souvent une rémunération qui est un peu moindre que quelqu'un qui irait uniquement dans un centre régional, par exemple, et ferait des activités uniquement cliniques. Par contre, les plans pratiques comportent d'autres avantages, et je pense que, rendu là, ce serait un choix, sans faire de redondance, de pratique. Donc, les avantages, je pense spontanément à un fonds de pension, par exemple, également à... Si je ne me trompe pas, c'est dans cette orientation-là qu'il est appliqué à Sherbrooke, donc un fonds de pension, des possibilités peut-être éventuellement de prendre des moments d'arrêt dans sa pratique pour se ressourcer.

C'est certain aussi que le niveau d'activité scientifique est différent dans un centre universitaire que dans un hôpital régional. Et, si quelqu'un veut faire ce choix-là, eh bien c'est certain que c'est des conditions de pratique qui sont très, très agréables et qui, je l'admets, là, n'iront jamais s'apparenter à des conditions financières qui seraient reconnues, là, au niveau de pratique uniquement clinique, mais qui, par contre, ont effectivement des avantages, là, qu'il serait certainement intéressant de soumettre aux médecins qui enseignent actuellement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci M. Cloutier. M. le ministre.

M. Legault: Oui. M. Cloutier, vous ne nous avez pas parlé beaucoup de la loi n° 142. J'aimerais peut-être que vous nous disiez: Est-ce que vous êtes d'accord avec les objectifs de la loi? Est-ce que vous êtes d'accord avec l'élimination de la pénalité pour les jeunes médecins? Est-ce que vous êtes d'accord avec le resserrement des PREM pour qu'on demande aux nouveaux médecins d'aller travailler là où sont les besoins les plus pressants? Et est-ce que vous pensez que la loi n° 142 risque de faire fuir les médecins à l'extérieur du Québec?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Cloutier.

M. Cloutier (Alexis-Simon): Je vous dirais qu'à prime abord, en prenant le pouls de mes membres et puis en côtoyant les étudiants actuellement en formation, il est clair que les étudiants qui étudient en ce moment dans nos facultés de médecine veulent pratiquer ici. C'est des

gens qui sont d'ici, c'est des gens qui veulent s'investir dans leur système, qu'ils connaissent déjà. C'est des gens qui sont de bonne foi puis qui veulent travailler avec le système. Je ne pense pas qu'il n'y ait personne qui soit ici en simple temps d'attente de s'orienter vers un système autre, l'Ontario ou les États-Unis. Les gens sont ici vraiment pour participer à ce système-là.

D'un autre côté — puis il ne faut pas s'en cacher — on est ici présents devant vous. Par contre, la préoccupation concrète des étudiants en médecine actuellement, ce n'est pas nécessairement le système de santé lui-même tellement que la formation qu'ils reçoivent. Mes collègues, actuellement, ce qui les préoccupe, c'est de devenir de bons médecins, c'est d'être formés adéquatement. Et puis éventuellement leurs préoccupations s'orienteront davantage certainement sur les conditions de pratique et sur la capacité de donner de bons soins à la population, mais, à prime abord, la préoccupation primaire d'un étudiant en médecine actuellement, c'est d'être formé le mieux possible afin de rendre des services et d'être le plus compétent possible.

M. Legault: Donc, vous n'avez pas senti chez vos collègues un effet négatif suite à cette loi n° 142 où là il y aurait eu comme une mobilisation où les jeunes se disent: À cause de cette loi, on va quitter le Québec. Ce qui vous préoccupe, c'est la formation puis, je suppose, aussi la rémunération compétitive avec ce qui se fait ailleurs. Est-ce que je comprends bien, là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Charbonneau.

M. Charbonneau (Guillaume): Oui, bonjour. En fait, ce qu'on veut dire, là, nous, ce qui nous inquiète, en gros pour les PREM, c'est... La première chose qui nous inquiète, en fait, c'est que les PREM... en resserrant les PREM, on n'ait pas la masse suffisante d'enseignants dans les centres universitaires, parce qu'il y a beaucoup de monde qui participe à l'enseignement dans les centres universitaires qui ne sont pas nécessairement au CHUM ou dans tout autre centre universitaire. Donc, notre crainte, c'est qu'en resserrant trop les PREM on n'ait plus cette disponibilité de gens pour venir enseigner dans nos facultés de médecine. Je pense qu'au niveau des conditions de pratique, comme Alexis l'a si bien dit, nous, notre principale préoccupation pour l'instant, c'est de devenir des bons médecins, puis on veut avoir les moyens de l'être.

Après ça, je pense que c'est sûr qu'on vit dans un marché d'offre et de demande, puis, si les conditions ici, au Québec, sont moins avantageuses qu'ailleurs, c'est sûr que ça crée un élément compétitif. Je pense que la majorité des gens veulent travailler ici, c'est leur désir, puis je crois que c'est à vous de leur offrir les conditions nécessaires pour qu'ils restent ici.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Mais je veux quand même revenir sur le fond du projet de loi. Un des objectifs importants du projet de loi, c'est de s'assurer qu'on soit capable d'offrir des services en région. On se dit: La population

qui vit en région a le droit aussi à des services et puis à la présence de médecins. Est-ce que vous êtes d'accord avec cet objectif de s'assurer, par une série de mesures, qu'on donne aussi des services à la population qui reste en région?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Charbonneau.

M. Charbonneau (Guillaume): Ce que je pourrais vous dire par rapport à ça, c'est que je pense que les jeunes font déjà... Les chiffres sont là pour prouver que les jeunes font déjà leur part pour les régions. Après ça, je pense que les médecins résidents l'ont très bien dit, je pense qu'il faut mettre des conditions gagnantes dans les régions pour que les gens puissent maintenir leur... pour éviter l'atrophie professionnelle, comme ils l'ont si bien dit, puis de maintenir l'intérêt de rester dans cette région. Donc, l'idée des corridors de services est, entre autres, une très bonne idée pour permettre à ces gens d'avoir une certaine communication avec d'autres spécialistes de leur spécialité et se maintenir à jour, avoir des contacts avec d'autres spécialistes.

Donc, nous, notre crainte, c'est bien sûr qu'en resserrant trop les PREM, ce soit une décision qui ne soit pas en faveur de personne. Je pense qu'il faut trouver des moyens de collaboration entre les médecins puis le gouvernement. Les jeunes veulent faire leur part, la font déjà, les chiffres le prouvent. Oui, puis je pense que... Mais on est des partisans d'une solution négociée. Je pense que ce que vous avez dit tout à l'heure, on vous propose les plans de pratique, on trouve que c'est une solution intéressante pour s'assurer que l'enseignement... qu'on maintienne un enseignement de qualité dans nos centres universitaires. Mais, on ne sera jamais en faveur de solutions coercitives, on croit qu'il est possible d'avoir un moyen de collaboration. On est de bonne foi puis on espère le prouver dans les prochaines années en continuant de collaborer avec le gouvernement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

● (17 h 30) ●

M. Legault: Bien, peut-être juste un dernier commentaire, là, pour vous rassurer. Lorsqu'on établit les PREM, il y a quatre types de régions: les régions universitaires où on tient compte des missions comme l'enseignement et la recherche; les régions périphériques, autour des régions universitaires; il y a les régions intermédiaires comme le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Mauricie, le Centre-du-Québec et l'Outaouais; et il y a finalement les régions éloignées comme le Bas-Saint-Laurent, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, Abitibi-Témiscamingue et Côte-Nord, où on a besoin évidemment de plus de médecins. Donc, je pense que... bien, quand on est des citoyens dans une société, puis je pense que les jeunes reconnaissent bien qu'on n'a pas juste des droits, on a des devoirs, puis on a une responsabilité de donner des services dans toutes les régions, mais on tient compte des spécificités des régions universitaires.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui. Sans reprendre que, dans une société, tous ont des devoirs aussi à remplir... Vous parlez des responsabilités gouvernementales en termes de formation, tous ceux qui vous ont précédés ont aussi parlé des responsabilités gouvernementales en termes de conditions de pratique. Alors, dans un contrat, il y a toujours deux parties et il y a une responsabilité des deux côtés. Alors, je comprends que le ministre souhaite imputer aux autres les obligations, mais sans jamais se les attribuer. Il aime beaucoup le mot «contrat». Tant qu'à moi, c'est de la sémantique; ce n'est pas les mots qui sont importants, c'est de savoir le rôle que joue chacun, sa participation au sein de la société. Je suis ici pour rappeler au ministre que lui aussi à un rôle à jouer là-dedans, pas juste de dire aux autres ce qu'ils doivent faire.

J'ai une petite question en fait ou un thème à aborder avec vous. Parce que je suis heureux que vous soyez là. Lorsqu'on fait des tournées, on en parle moins ici, à Québec, mais, lorsqu'on va dans les régions un peu plus éloignées, on en parle beaucoup et on parle de vous. Mais, comme on ne vous voit pas souvent en commission, en tout cas je n'ai pas l'occasion de vous rencontrer, maintenant j'ai une belle occasion de vous donner la parole pour que vous réagissiez à ce que j'entends souvent. Ce qu'on entend souvent, c'est que la formation en médecine, aujourd'hui, c'est une formation qui est beaucoup plus adaptée à une pratique de grand centre, une pratique en équipe multidisciplinaire avec de l'équipement et bien entourée et que la pratique en région éloignée est plus du type pratique solo avec de l'équipement peut-être pas tout à fait du même genre. Et, en fait, ce qu'on entend souvent, c'est que les conditions d'attraction en région du fait de leur environnement de travail n'est pas équivalent et que, par ailleurs, les équipes ne peuvent pas être aussi multidisciplinaires dans une pratique solo et que les étudiants qui terminent auraient donc une formation qui ne serait pas adaptée à la pratique solo. Pourriez-vous réagir à ça?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Charbonneau...

M. Cloutier (Alexis-Simon): Quand vous parlez d'une pratique particulière pour les régions, d'une pratique différente pour les centres universitaires, puis de la formation qu'on reçoit, j'aurais envie de vous répondre que la pratique pour laquelle on est formé, c'est pour donner une pratique de qualité, c'est afin de donner des soins de qualité. Vous faisiez allusion à la pratique solo. Au XXI^e siècle, la pratique solo, c'est quelque chose de moins en moins, sinon de plus viable du tout. Je pense que... actuellement, c'est évident qu'il y a des médecins, et c'est déplorable d'ailleurs qu'il y ait des médecins qui se retrouvent en région éloignée un peu seuls, qui se retrouvent, pour prendre des exemples fictifs, à un seul chirurgien à Amqui qui doit couvrir l'ensemble des actes chirurgicaux. On est dans une situation de pénurie actuelle, et puis je pense qu'il faut le reconnaître. Par contre, ce n'est pas... je ne pense pas qu'il faille modifier la formation des médecins actuellement en formation afin de répondre à cette pénurie-là, mais davantage de combler la pénurie pour que les médecins n'aient pas à avoir une pratique qui

soit particulière et aussi que les citoyens et les citoyennes de ces régions qui sont un peu plus laissés-pour-compte n'aient pas à avoir un système de deuxième ordre ou de deuxième vitesse.

M. Fournier: Je comprends votre réponse: mon idéal, pratique solo plus viable, ayons plus de médecins, et donc on n'aura moins de pratique solo. Il y a aussi la question de la concentration, puis des corridors, tout ça, ça va. Mais peut-on fermer nos yeux? Elle existe, la situation existe aujourd'hui. Il y a effectivement un manque d'effectifs. Il y a une pratique différente. La pratique de la médecine, vous allez me dire que c'est la même, je comprends, mais, je veux dire, le cadre, les conditions de pratique, l'environnement avec lequel les professionnels ont à travailler n'est pas le même dans un grand centre urbain qu'à Chandler. Et ce qu'on entend, je vous le dis, ce qu'on entend, c'est que, chez les finissants, il y a une peur d'avoir peur d'aller pratiquer comme ça, parce que la formation qu'on vous a donnée est une formation, comme vous le dites, des temps modernes, une formation multidisciplinaire, avec une équipe, avec de la consultation, avec de l'équipement.

Disons que je vous dis que, dans le monde réel et non pas le monde théorique qu'on peut tous souhaiter, mais qui n'existe pas... est-ce qu'il y aurait lieu dans votre formation à ce qu'il y ait au moins une conscientisation sur ce qui existe et un abaissement des craintes? Parce que les gens qui font de la pratique solo réussissent à en faire quand même, ils réussissent à vivre. Bon, peut-être qu'il faut développer plus la télésanté et autre chose, là, mais il y en a qui le vivent puis qui le vivent bien. Mais ils nous disent: On a un problème d'attraction. Ils veulent même... au moins, s'ils venaient nous voir puis qu'ils voyaient dans quel cadre on travaille.

Alors, est-ce que vous ne pensez pas que, dans la formation que vous avez, il y aurait lieu qu'il y ait une espèce de bain dans lequel on vous ferait tremper, dans lequel vous verriez que la pratique solo existe, qu'il y a une façon de la faire?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Charbonneau.

M. Charbonneau (Guillaume): Oui. Moi, je dois vous avouer que je suis un peu surpris de votre question, je suis étonné parce que, ayant siégé moi-même sur le comité de programmes de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal... L'objectif de nos facultés, c'est de former des médecins qui sont... On ne peut plus tout savoir aujourd'hui en médecine. Je pense qu'on sait que la quantité de connaissances est faramineuse. Mais l'objectif de nos facultés, c'est de nous avoir assez outillés pour être capables de s'adapter à n'importe quelle pratique. Donc, je pense que les médecins sont capables de s'adapter aux pratiques en région. Puis c'est, entre autres, là qu'on parlait des ressources matérielles dans une université tout à l'heure où, aujourd'hui, il faut être au courant. On ne peut pas tout savoir, donc il faut très bien savoir comment aller chercher l'information qu'on a besoin.

La deuxième chose que je pourrais vous dire, c'est: nous, à notre Fédération, ça fait longtemps qu'on

parle des... on est conscients du problème dans les régions puis on a voulu faire notre part. Ce qui est offert pour les étudiants au premier cycle, c'est des stages en région l'été pour justement se sensibiliser à la pratique en région, et c'est très, très, très apprécié. Je vous dirais que le problème en ce moment, ce n'est pas les gens qui ne veulent pas y aller, c'est qu'il n'y a pas assez de places pour eux. Il y a beaucoup de gens qui sont refusés en région pour faire des stages d'été à cause qu'il n'y a pas de place disponible pour eux. Donc, les jeunes veulent y aller, puis ceux qui y vont habituellement reviennent très contents de leur expérience.

Une voix: ...

M. Charbonneau (Guillaume): Exactement. Donc, nous, on met beaucoup d'efforts là-dessus. On travaille, on organise, nous aussi, une tournée des régions à chaque année où on invite l'ensemble des régions à venir présenter des stages pour les étudiants. Puis on milite aussi auprès de nos différentes facultés pour essayer de favoriser l'exposition à la région.

M. Fournier: Pourquoi il n'y a pas assez de places? Parce qu'il n'y a pas le même encadrement ou c'est quoi... C'est quoi, la problématique, là? Il y a beaucoup de monde qui veut y aller, mais il manque de places, puis tout le monde souhaiterait que tout le monde y aille. Alors, c'est quoi, la problématique?

M. Charbonneau (Guillaume): On se fait répondre différentes choses, mais je pense que la principale chose, c'est qu'ils nous disent: On n'a pas assez de places pour vous recevoir. Donc, on ne sait pas si c'est des questions financières, si c'est des questions de ressources humaines pour nous accueillir puis nous encadrer un petit peu. Mais je pense qu'on serait intéressé à connaître davantage la raison. Je pense que... Nous, on fait la demande.

M. Fournier: Est-ce que j'ai la possibilité de poser la question au ministre ou au sous-ministre pour savoir s'ils ont une...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): En autant qu'ils veulent répondre, oui. S'il y a consentement.

M. Fournier: Et les gens qui viennent nous voir et moi souhaitons savoir pourquoi il y a un manque de places. Profitons du fait que vous êtes là. On va s'éclaircir.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, vous voulez peut-être répéter votre question, monsieur...

M. Charbonneau (Guillaume): Ma question, en fait, oui: C'est quoi, la raison pour laquelle les stages en région sont limités pour les étudiants en médecine qui désirent en faire l'été?

M. Cloutier (Alexis-Simon): Puisqu'il est clairement prouvé, à vrai dire, que l'exposition à la région favorise, en fait dédramatise — si on peut répondre à

différentes questions en même temps — dédramatise un petit peu la réalité de la pratique en région puis que ce n'est pas... effectivement on n'est pas lancé dans le bois avec un canif puis...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Cloutier (Alexis-Simon): Mais qu'il y a effectivement, donc l'exposition, et le plus tôt sera le mieux effectivement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, j'ai compris que le député de Châteauguay est prêt à laisser son temps de parole pour que le ministre ou le sous-ministre puisse répondre à la question?

M. Fournier: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui? Vous permettez. Alors, M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): Mme la Présidente, nous favorisons les stages. Justement, nous voulons cette exposition et, avec les facultés de médecine plus avec les fédérations, on favorise ces stages en région. Parfois, ce qui arrive dans certaines régions, comme il faut un encadrement ou un médecin qui accompagne ces stagiaires-là, donc, des fois, on a plus de demandes que de médecins qui peuvent les supporter en région et les accompagner. C'est ça, le problème.

● (17 h 40) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): En somme, c'est un projet que l'Université de Sherbrooke et la Faculté de médecine favorisent surtout avec la région...

M. Fournier: Mais est-ce que c'est parce que les médecins ne sont pas en nombre suffisant déjà là à cause des pénuries en région? Ou c'est parce qu'ils ne sont pas intéressés? Ou parce qu'il n'y a pas d'incitatifs financiers? Ou c'est...

M. Gabrièle (Pierre): C'est surtout le nombre suffisant de médecins en région.

M. Fournier: Puisqu'ils sont déjà en sous-nombre, là.

M. Gabrièle (Pierre): En sous-nombre, surtout en région éloignée.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de Châteauguay, c'est tout le temps maintenant qui est à votre disposition.

M. Fournier: Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vais céder la parole à la députée de Joliette.

Mme Lespérance: Ça a été très intéressant de pouvoir vous entendre. Merci beaucoup. Vous avez glissé très rapidement sur certaines difficultés par rapport à l'informatique. Est-ce que, dans vos demandes,

vous pensez qu'on pourrait aller aussi loin que de réseauter tous les centres hospitaliers avec les universités, avec les centres universitaires?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Cloutier.

M. Cloutier (Alexis-Simon): Je vous dirais, comme vous le savez sans doute, au XXI^e siècle, le pouvoir va résider beaucoup dans l'information. Et c'est d'autant plus vrai en médecine; je pense que les connaissances s'empilent à des rythmes effrénés là.

Pour ce qui est de votre proposition, j'ai l'impression que le besoin au niveau informatique et au niveau des ressources de communications est davantage entre la source d'information, soit les publications, les périodiques, les trucs comme ça, et les étudiants. Donc, cette ressource-là se retrouve beaucoup dans les facultés de médecine, mais certainement aussi sur les réseaux Internet. Donc, l'intérêt de réseauter l'ensemble des centres hospitaliers, on serait davantage intéressés à réseauter tout d'abord les centres où nos étudiants sont formés. Par la suite, c'est certain que de donner l'accès, à l'ensemble des médecins au Québec, à l'information de pointe, ce serait certainement bénéfique. Mais on trouve que, tout d'abord, au niveau de la formation, il serait intéressant que l'ensemble des étudiants aient accès à ce genre de ressources.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme la députée de...

Mme Lespérance: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Non? Ça va? Bien. Alors, messieurs, merci — c'était très intéressant, cet échange — au nom de tous les membres, d'avoir participé à cette commission.

Mémoires déposés

Alors, maintenant, vous allez me permettre de faire le dépôt de mémoires des organismes suivants afin de les rendre publics et valoir comme s'ils avaient été présentés devant cette commission. Alors, il s'agit du mémoire de l'Association des centres jeunesse du Québec, de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, de même que de l'Association des jeunes médecins du Québec.

Remarques finales

Alors, nous en sommes maintenant aux remarques finales. Alors, je vous rappelle que c'est six minutes, six minutes et trois minutes... et trois minutes pour Mme la députée de Joliette. Alors, c'est à vous à commencer, Mme la députée. Est-ce que vous avez des remarques finales?

Mme Sylvie Lespérance

Mme Lespérance: Ah oui! Mon Dieu! Ce qui est intéressant, comme je l'ai déjà dit, c'est qu'une des constances qui se dégage, et que je ne sais pas comment

on va travailler à l'intérieur de la commission, article par article, je ne sais pas comment on va arriver à satisfaire l'ensemble de ces groupes de médecins là... mais une des constances qui se dégage, c'est effectivement de voir ou de s'assurer que le contrat est établi de façon bilatérale. Donc, ça va être extrêmement important.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est tout? Alors, merci. M. le député de Châteauguay.

M. Jean-Marc Fournier

M. Fournier: Oui, merci, Mme la Présidente. Ce fut une consultation courte mais néanmoins intéressante. Tant qu'à moi, elle n'est pas terminée. Vous comprendrez que les documents sont arrivés assez rapidement pendant même la séance, alors... et on n'a pas assez de temps pour le lire durant les présentations, ce qui fait que je me réserverai de nombreux commentaires pour le début de la consultation article par article, prendre le temps de voir chacun des éléments.

Je maintiens néanmoins une des considérations qui me semble la plus importante, qui l'était au début, qui doit l'être encore, et qui n'est pas dans le document, dans le projet de loi, et qui devrait y être, c'est l'abolition de la loi n° 114. Ce n'est pas dedans. Ce n'est pas prévu. Et on se souvient que la loi n° 114 peut, par décret, être prolongée au-delà de la fin de cette année. Et je pense que c'est une considération excessivement importante... Probablement un oubli, j'imagine, de la part du ministre, parce que, pour avoir une entente avec la FMOQ sur les éléments qui servent de base à ce projet de loi pour nous distancier d'une loi spéciale forçant, mais d'avoir une loi qui obtient l'assentiment des médecins, tous savent que la FMOQ a demandé l'abolition de la 114. J'aurais l'impression, si ce n'était pas un oubli de la part du ministre, j'aurais l'impression que c'est une tentative de flouer les médecins, et je suis sûr que ce n'est pas son intention, auquel cas il n'y a donc qu'une omission qui pourra être corrigée lors d'un amendement lors de l'étude article par article.

Il ressort très clairement des consultations que nous avons eues aussi la notion — pour reprendre un terme cher au ministre — de contrat, mais qu'il faut qualifier. Il y a plusieurs types de contrats. Il y a les contrats unilatéraux, des contrats qui donc ne vont que dans un sens. Je pense que ces contrats-là ont été rejetés de façon très claire et très catégorique par l'ensemble des gens qui sont venus nous rencontrer. Il y a d'autres types de contrats. Les contrats synallagmatiques, par exemple; ces contrats-là sont des contrats à sens double, c'est-à-dire qu'il y a des obligations pour les uns et pour les autres, et je dirais que c'est ce type de contrat là que les citoyens souhaitent voir naître de ce projet de loi. Ils souhaitent que tous soient partenaires dans le système de la santé. Et, lorsqu'on envisage le rôle des médecins — parce que c'est de ça dont on parle — ils souhaitent qu'il y ait des médecins qui pratiquent au Québec. Ils souhaitent que ces médecins... que cette pratique médicale soit le mieux possible arrimée aux besoins prioritaires de la population. C'est dans ce sens-là d'ailleurs que nous parlions, au cours de l'été, de l'extension des AMP, de la priorisation des AMP, et, dans ce sens-là, je pense qu'il y a une réponse au souhait de la population.

Mais ce n'est pas tout d'avoir des médecins dans une unité, encore faut-il qu'ils y pratiquent la médecine, et donc il faut qu'il y ait des conditions de pratique qui, elles, sont de la responsabilité du gouvernement dans ses choix de priorités, qui permettent ensuite aux établissements d'offrir un cadre de travail qui va permettre à la population d'être desservie. D'ailleurs, si on s'était interrogé sur ces conditions de pratique bien avant, peut-être qu'elles auraient été des instruments pour jouer, entre guillemets, sur la répartition en région des professionnels de la médecine.

Alors, cette question-là, elle ne peut pas être occultée, et je pense que la défense du ministre à l'effet qu'il ne peut pas prendre d'obligations parce qu'il n'est pas face à un contrat individuel ne peut pas tenir la route parce que, dans tous les cas que nous voyons, il y a bien un médecin qui travaille avec un patient dans un cadre de travail qui est organisé par le ministère de la Santé, par le gouvernement, par le Conseil des ministres jusqu'à un certain point, par le choix de priorités qu'ils font.

Je conclus en disant, et c'est comme ça qu'on va analyser la suite des choses, je conclus en rappelant des expressions qui sont chères aux médecins spécialistes notamment, parce que, dans beaucoup de documentation, et ce sont souvent eux qui ont été, et ça fait déjà longtemps, qui ont été les proposeurs de la hiérarchisation puis de la concentration... Et je pense que c'est ce concept-là qui doit s'appliquer aussi à la gouverne du ministère de la Santé dans le domaine de la santé, du Conseil des ministres même. Il faut, dans un temps où les ressources sont plus rares, il faut hiérarchiser nos priorités, il faut identifier dans toutes les missions gouvernementales quelles sont celles qui sont les plus importantes. Nous répondons la santé. Bon. Une fois qu'on a hiérarchisé nos priorités, il faut s'assurer que les ressources disponibles au niveau gouvernemental soient concentrées pour répondre à cette priorité qui a été identifiée.

C'est la même logique qui s'applique dans le domaine de la médecine sur le territoire québécois qui devrait s'appliquer au niveau du gouvernement du Québec, avec les ressources bien sûr du gouvernement fédéral — il me reste une minute — mais avec les ressources aussi du gouvernement du Québec. Il ne faut pas faire comme s'il n'y avait pas de ressources au gouvernement du Québec. Il y a un budget important. Il y a des choix de priorités. Et je pense que le gouvernement devrait faire de cette façon, d'une hiérarchisation, d'une concentration, pourrait, lui aussi, répondre à ces conditions de pratique dont parlaient les médecins.

Il reste 10 secondes peut-être...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Exactement.

● (17 h 50) ●

M. Fournier: ...pour vous dire que le ministre va sûrement encore faire la confusion entre les moyens et les besoins et parler de son plan à lui qui ne regarde que les besoins sans aucun moyen et du nôtre qu'il va tenter de qualifier. J'aime à penser que le ministre va peut-être, cette fois-ci, commencer à ne pas déformer les propos que l'on tient et s'en tenir à la réalité des expressions qu'on utilise. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est moi qui vous remercie, M. le député de Châteauguay. M. le ministre.

M. François Legault

M. Legault: Oui, Mme la Présidente. D'abord, je voudrais en profiter pour remercier tous les participants qui sont venus à cette courte consultation. On n'a pas eu de demandes, malheureusement, de la part de groupes qui représentent les patients; peut-être que ça aurait été intéressant. Peut-être que c'est parce qu'ils sont trop satisfaits du projet de loi n° 142. C'est certain qu'on a un peu un équilibre à faire entre, d'un côté, les mesures qu'il faut mettre en place pour répondre aux besoins, mais le souhait, évidemment, des médecins, comme de tout groupe qui travaille, de s'assurer d'avoir les meilleures conditions de travail possible... mais, à un moment donné, il faut qu'on trouve puis qu'on priorise des objectifs de donner des services à la population, et puis ça veut dire qu'il faut faire des choix qui ne sont pas faciles.

Dans les groupes qui sont venus — rapidement — la Fédération des médecins spécialistes du Québec, effectivement, est venue nous parler beaucoup des besoins de financement — on est d'accord avec ça — est venue aussi nous parler peut-être de sa rémunération, des négociations qui sont en cours. Concernant la loi n° 142, concernant les PREM, ce que je comprends, c'est qu'on est d'accord avec les principes. Le député de Châteauguay disait aussi que, lui, il n'avait pas compris qu'ils étaient en désaccord avec la création d'un DRMS pour gérer ça. Donc, tant mieux si c'est le cas. Concernant les AMP ou les... pas les AMP, mais le fait qu'on veut demander aux médecins qui travaillent seulement en cabinet privé, chez les spécialistes, de venir aussi travailler dans les hôpitaux, bon, je ne veux pas mettre de l'huile sur le feu, tout le monde souhaite régler, mais nos chiffres nous montrent qu'il y en a quand même plus que 50, on les a confirmés; même si on exclut les plus vieux, il y en a beaucoup plus que 50. Il y a une question d'équité, il y a une question de s'assurer aussi qu'on va mettre un mécanisme qui aille chercher tout le monde. Donc, je pense que c'est important de le faire, et puis, malheureusement, la Fédération des médecins spécialistes a choisi de complètement rejeter le projet.

Du côté de la FMOQ, j'ai compris qu'il y avait des accords au niveau des objectifs du projet de loi. Je comprends que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec souhaiterait qu'on retire la loi n° 114, je pense qu'on a eu l'occasion d'en discuter souvent. Il y a du travail qui se fait actuellement pour que les urgences où il y a un risque de rupture... qu'on mette des mécanismes de jumelage, de parrainage. Je ne sais pas si ça va être possible de le faire avant l'adoption du projet de loi n° 142, mais, quand même, on n'a pas mis une loi n° 114 pour que, le lendemain du retrait de la loi n° 114, on se retrouve avec des urgences de fermées. Donc, on veut quand même aussi s'assurer que les urgences restent ouvertes. Donc, on va, oui, à terme, quand on aura terminé les parrainages dans les urgences où il y a des risques de rupture, retirer cette loi. Pour l'instant, on a, par exemple, retiré l'application de la loi à Shawinigan parce qu'on a convenu d'une belle entente de parrainage avec les médecins de Pierre-Boucher.

Concernant le choix des priorités, bien, je pense qu'on a peut-être un peu de travail à faire là, mais je pense qu'on devrait être capable de s'entendre.

La Fédération des médecins résidents est venue nous dire qu'elle souhaitait peut-être être incluse davantage dans certaines instances. Ça aussi, on a une ouverture, mais il faut quand même s'entendre avec les deux fédérations de médecins. Et finalement, les étudiants en médecine sont venus nous dire qu'ils avaient des préoccupations concernant la formation, mais je n'ai pas senti, contrairement à certains reportages qu'on a pu voir, qu'il y avait un drame chez les étudiants en médecine et qu'on pensait que, demain matin, avec l'adoption de la loi n° 142, les étudiants auraient peur et ils voudraient tous quitter le Québec. J'ai vu des reportages à cet effet-là. Je n'ai pas senti ça. Je pense que les étudiants sont beaucoup plus préoccupés de la formation que des effets de la loi n° 142.

Donc, je pense, en terminant, Mme la Présidente, que tout le monde s'entend sur les objectifs de la loi n° 142. Même si c'est difficile peut-être et puis contraignant dans certains cas, je pense qu'il ne faut jamais oublier qu'on est tous ici, pas seulement moi, mais tous les députés, on est ici pour mettre en place toutes les mesures pour s'assurer que toute la population du Québec dans toutes les régions du Québec ait les services auxquels elle a droit et auxquels elle doit s'attendre dans toutes les régions du Québec. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

M. Fournier: ...je le sais, mais est-ce que le ministre pourrait déposer les tableaux qu'il a sur les chiffres concernant ce que les médecins spécialistes disaient, là, et les vôtres, pour peut-être...

M. Legault: On va en discuter lors du débat du projet de loi.

M. Fournier: Mais assurons-nous que nous puissions le recevoir avant le... Si on peut le recevoir avant le débat sur l'étude article par article, ça a une certaine importance, pour que les médecins spécialistes... pour voir, là, s'ils étaient dans l'erreur. Ce n'est pas tellement compromettant, là.

M. Legault: O.K.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous allez pouvoir l'expédier au secrétariat de la commission?

M. Legault: Absolument.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

M. Fournier: Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, sur ce, je vous remercie, tous et toutes, pour votre excellente collaboration et j'ajourne les travaux sine die, de la commission, étant donné que notre mandat est terminé.

(Fin de la séance à 17 h 56)

