



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 13 septembre 2006 — Vol. 39 N° 46

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1)

—
Consultations particulières sur le projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
<i>Pour une commission en particulier:</i>	
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)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 13 septembre 2006 — Vol. 39 N° 46

Table des matières

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux	1
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale (ASSS-Capitale nationale)	1
Document déposé	2
Documents déposés	10
Consultations particulières sur le projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives	30
Collège des médecins du Québec (CMQ)	30
Conseil pour la protection des malades (CPM)	41
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	48
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)	58

Intervenants

M. Russell Copeman, président
M. Jean-Pierre Paquin, président suppléant

M. Philippe Couillard
Mme Charlotte L'Écuyer
Mme Louise Harel
Mme Sarah Perreault
Mme Agnès Maltais
M. Pierre Reid
Mme Solange Charest

- * M. Michel Fontaine, ASSS-Capitale nationale
 - * M. Jacques Fillion, idem
 - * M. François Desbiens, idem
 - * M. Robert Garon, idem
 - * M. François Dion, idem
 - * M. Yves Lamontagne, CMQ
 - * M. Yves Robert, idem
 - * M. Paul G. Brunet, CPM
 - * M. Renald Dutil, FMOQ
 - * M. Louis Godin, idem
 - * M. Pierre Belzile, idem
 - * Mme Christiane Larouche, idem
 - * M. Yves Dugré, FMSQ
 - * M. Sylvain Bellavance, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 13 septembre 2006 — Vol. 39 N° 46

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1)

Consultations particulières sur le projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2)

(Neuf heures trente-six minutes)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales.

Je vous rappelle que nous sommes réunis ce matin afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion ou rapports d'activité 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Legault (Chambly) va être remplacée par Mme Perreault (Chauveau); M. Bouchard (Vachon) par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve); Mme Champagne (Champlain) par Mme Maltais (Taschereau). Voilà.

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Le Président (M. Copeman): Merci. Je vous rappelle, comme je le fais au début de chaque séance, chers collègues ainsi que tous ceux qui sont présents dans la salle, que l'utilisation des téléphones cellulaires pendant les séances des commissions parlementaires est interdite. Alors, je vous prierais, tous ceux qui en font usage, de bien vouloir les mettre hors tension.

Je vous rappelle que nous sommes sur un mandat statutaire, et ça découle de l'article 392 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux qui prévoit que «le ministre dépose le rapport de toute agence devant l'Assemblée nationale dans les 30 jours de sa réception ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux. L'Assemblée nationale défère le rapport à la Commission parlementaire des affaires sociales afin qu'elle en fasse l'étude et entende à cette fin chaque agence au moins une fois tous les trois ans.» Alors, il s'agit d'un exercice de contrôle parlementaire, de reddition de comptes qui s'applique aux agences dans chaque région.

La dernière fois que nous avons reçu l'agence, qui était dans le temps la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, est le 7 mars 2000. Alors, aujourd'hui, l'agence est reçue dans le cadre de l'étude de ses rapports de gestion 2002-2003, 2003-2004

et 2004-2005. Mais il va de soi que la commission souhaite entendre l'agence sur ses rapports antérieurs, mais également il pourrait y avoir des questions sur sa gestion actuelle, sur ses projections pour l'avenir. J'imagine que ces sujets vont occuper également une large place dans nos échanges.

Je souhaite alors la bienvenue à la délégation de l'agence. M. Fontaine, président-directeur général, bonjour. Ce qui était convenu avec les parlementaires est la suivante: une période d'une durée maximale de 30 minutes de présentation de la part de l'agence. Par la suite, des échanges, des blocs, on pourrait dire, à peu près d'une durée maximale de 15 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Ça va permettre, je pense, une certaine fluidité dans nos échanges, et la présidence va agir avec une certaine flexibilité également. C'est un exercice de contrôle parlementaire important. Il faut, je pense, procéder pour tenter d'en tirer le maximum profit.

● (9 h 40) ●

Alors, sans plus tarder, je demanderais à M. Fontaine de présenter les personnes qui l'accompagnent et de débiter sa présentation par la suite.

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale (ASSS-Capitale nationale)

M. Fontaine (Michel): Alors, merci, M. le Président. Je suis accompagné de l'équipe direction de l'Agence de la santé de la Capitale nationale, et des services sociaux. À mon extrême gauche, M. Jacques Fillion, qui est le directeur régional de la coordination des réseaux locaux et des secteurs social et santé mentale; à ma gauche rapprochée, c'est le Dr Simon Racine, qui est le directeur régional des affaires médicales, universitaires et de la santé physique; à ma droite, le Dr François Desbiens, qui est le directeur régional de la santé publique; et, juste en arrière de moi, M. Robert Garon, qui est le directeur régional de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines, ainsi que M. François Dion, qui est le directeur régional du financement et des immobilisations.

Alors, M. le Président, je veux d'abord vous remercier de nous recevoir à cette commission, car nous croyons fort utile de prendre le temps avec vous de faire le bilan de nos activités et de notre performance à l'égard des soins de santé et des services sociaux de notre région, que la région offre comme services, par le biais de nos établissements, à la population de notre région bien sûr, mais, dans notre cas, comme on est une région avec des surspécialités, à l'occasion pour l'ensemble de l'Est du Québec. Nous croyons effectivement cet exercice fort utile, d'autant plus qu'on sait que le

gouvernement du Québec consacre la très grande majorité de son budget à la santé et aux services sociaux.

Donc, si vous le souhaitez, M. le Président, avec votre permission, on pourrait aussi déposer un sommaire exécutif du document qui vous a été acheminé en préparation de cette commission. Est-ce que vous le souhaitez, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): C'est vous qui les avez, M. Fontaine?

M. Fontaine (Michel): Oui, c'est nous qui les avons.

Document déposé

Le Président (M. Copeman): On va en prendre connaissance ici. Si vous pouvez les transmettre à la page, nous allons assurer la diffusion.

M. Fontaine (Michel): O.K. Alors, nous vous proposons de vous livrer, dans un premier temps, afin de mieux situer notre réalité, un portrait sommaire de notre région et par la suite nous présenterons un bilan des trois dernières années au cours desquelles des efforts considérables, vous allez le constater, ont été accomplis pour arriver à mieux cerner et rencontrer les besoins de notre population bien sûr en fonction de ressources dont nous disposons.

Malgré que l'exercice, comme vous le disiez en introduction, M. le Président, porte principalement sur les trois années de reddition de comptes 2002-2003 à 2004-2005, si vous le permettez, plus tard, nous ferons à la fin quelques clins d'oeil sur les enjeux et la situation actuelle de notre région.

Enfin, il nous fera plaisir de répondre à vos préoccupations et aux questions au meilleur de notre connaissance. Naturellement, j'irai, dans la présentation, compte tenu du 30 minutes que vous m'allouez, en capsules, prenant pour acquis que, dans le document que vous avez en votre possession — je vous y référerai à l'occasion — vous avez l'ensemble des détails et les précisions des capsules que je vais vous livrer.

Nous amorçons donc notre présentation en abordant certaines caractéristiques de notre région à partir d'un tour d'horizon de nos quatre territoires que sont Portneuf, Vieille Capitale, Québec-Nord et Charlevoix. Nous poursuivons par la présentation du réseau de services, sa performance depuis 2002-2003, pour terminer sur des éléments d'enjeux et quelques perceptions d'actualité.

Alors, si vous le voulez bien, je vous invite dès maintenant à vous rendre à la carte que nous avons placée à la page 36 de votre document, ou la première annexe — parce que je pense que la carte n'est pas paginée — et vous trouverez, de plus, là, sur cette section, les détails de la capsule que je vous présente aux pages 3 à 7 de ce document.

Comme vous pouvez le constater par la carte, l'Agence de santé et services sociaux de la Capitale nationale couvre un vaste territoire qui s'étend d'ouest en est, de Saint-Casimir dans Portneuf, en passant par le centre-ville de Québec, jusqu'à Baie-Sainte-Catherine dans Charlevoix. Notre agence dessert donc une

population régionale de 670 000 personnes dont la desserte, pour tout l'Est de la province, dans certaines situations de spécialités et surspécialités, passe au double de cette population, quasi à 1,2 million de personnes, comme je le disais, dans certaines situations d'ultrasécialités. Pour offrir ces soins et ces services, la région s'appuie sur plus de 30 000 employés et médecins répartis dans 13 établissements déconcentrés ou déployés, si vous voulez, sur plus de 80 sites et dispose d'un budget de 1,5 milliard de dollars.

On se rappelle que les agences ont été créées par la loi n° 25. Vous le disiez, M. le Président, en introduction, que nous étions les régies régionales auparavant. Donc, en application de la loi n° 25, qui créait l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, en 2004, à la suite de consultations publiques que nous avons menées et à la suite des consultations avec nos partenaires de notre région, nous sommes arrivés à un modèle pour notre région de quatre territoires locaux et quatre centres de santé et de services sociaux, modèle qui a été accepté intégralement par le ministre de la Santé et des Services sociaux à l'époque.

La région de la Capitale-Nationale se compose donc depuis ce temps des territoires de Portneuf, comme je vous le mentionnais tout à l'heure, avec 47 000 de population, de Charlevoix avec 35 000 de population, de la Vieille Capitale avec 298 000 de population et de Québec-Nord avec 294 000 de population, chaque territoire naturellement ayant son centre de santé pour couvrir l'ensemble de sa population, prendre charge de cette population. Donc, on va faire un survol de la région en passant par ces territoires. C'est aux pages 3 à 7 de votre document.

Le territoire de Portneuf, c'est un grand territoire rural à faible densité, comprenant un centre de santé et de services sociaux déployé sur 11 sites, avec 854 employés et 37,7 millions de budget.

Le territoire de Charlevoix, qui est aussi un très grand territoire qui comprend un centre de santé et de services sociaux déployé sur 16 sites, 1 526 employés, 71,6 millions de budget. Toutes proportions gardées avec la population, ça peut paraître curieux, mais, spécifiquement dans le territoire de Charlevoix, il y a deux centres hospitaliers de soins de courte durée, ce qui n'est pas le cas pour Portneuf où la clientèle vient plutôt ici, au Québec-Centre.

Le territoire de Québec-Nord, qui est aussi un grand territoire, où on rencontre aussi la nation huronwendat et la base militaire de Valcartier, avec un centre de santé et de services sociaux qui se déploie sur 16 sites, 2 031 employés, 130,6 millions de budget.

Et le territoire finalement de la Vieille Capitale, un territoire complètement urbain avec un centre de santé qui se déploie, lui, sur 18 sites, et 3 667 employés, 173,6 millions de budget. Et la proportion avec Québec-Nord, là aussi il y a des particularités, puisque ce territoire a des mandats régionaux pour l'ensemble de la région avec, par exemple, Info-Santé. C'est un secteur universitaire, etc.

Donc, on a aussi la chance de compter, dans notre territoire, sur une communauté anglophone de l'ordre d'environ 12 200 habitants qui sont particulièrement situés dans le territoire de la Vieille Capitale et

plusieurs communautés ethnoculturelles de l'ordre de 18 670 personnes, dont à peu près 70 % de cette population résident sur les territoires de Sainte-Foy et Basse-Ville—Limoulou.

J'arrive maintenant au choix d'implantation des réseaux locaux — toujours pour situer un peu la région en lien avec cette nouvelle loi — que vous allez rencontrer aux pages 8 et 10 du document. Donc, la région de Québec est particulière en ce sens... ce n'est pas la première fois, je pense, que la région de Québec est particulière, mais, pour nous, en ce sens que trois de ses centres de santé sur quatre n'ont pas intégré la mission hospitalière comme le prévoyait la règle générale de la loi n° 25, et c'est dû, ça, à trois grandes réalités de notre région.

Ces trois réalités, c'est la dynamique de consommation des services hospitaliers... Comme on avait des services hospitaliers plutôt spécialisés dans chacun de nos hôpitaux, déjà notre population en général consommait les services dans chacun de ces centres hospitaliers là du fait que ce n'est pas des centres hospitaliers généraux. Donc, ça nous amenait à prendre cette décision-là. Tous nos centres hospitaliers ont une désignation universitaire et sont des centres tertiaires et quaternaires. Puis la configuration en spécialités du réseau hospitalier, donc on le disait tantôt: une concentration importante, là, de toutes les spécialités.

En fait, on a demandé au ministre de ne pas inclure les hôpitaux dans les centres de santé à l'exception du territoire de Charlevoix — j'en parlerai un petit peu plus tard — parce que la concentration des spécialités dans chacun des hôpitaux ne permettait pas d'offrir des services de proximité quasi communautaires, puisque chaque hôpital ici, à Québec, n'est plus en duplication à une surspécialité et doit l'offrir à l'ensemble de la région. Aussi, tous les hôpitaux avaient une desserte supra-régionale, comme je viens de le mentionner un peu plus tôt, dans le contexte où, avec des ultra-spécialités, nous devons aussi desservir dans certains cas l'ensemble de tous l'Est de la province et même à l'occasion une partie du Nouveau-Brunswick.

L'activité médicale spécialisée et ultra-spécialisée des hôpitaux universitaires aurait, à notre point de vue et au point de vue des consultations qu'on a faites, sûrement pris le dessus sur les préoccupations de consolidation des services de première ligne que doivent avoir les centres de santé et services sociaux. C'est donc pour cette raison qu'on voit la particularité de la région de Québec, où, dans nos centres de santé, contrairement au reste de la province pour la généralité, la mission hospitalière est incluse dans ces centres de santé, contrairement à la région de Québec en général.

● (9 h 50) ●

Pourquoi aussi quatre centres de santé et services sociaux? Pourquoi pas trois, compte tenu que Québec-Métro particulièrement — on a vu tantôt Vieille Capitale et Québec-Nord — aurait pu former un tout? Je pense que c'était évident en partant, pour Charlevoix et Portneuf, c'est bien délimité, etc., ça a été de soi immédiatement dans les consultations. Pour Québec-Métro, ce n'était pas aussi évident parce qu'on avait là un territoire urbain à peu près indivisible sur le plan des indicateurs de santé, sur le plan des habitudes de consommation de services de la population qui se faisait de façon fluide

d'un secteur de la ville à l'autre. Autrement dit, la consommation de services de soins de santé se faisait bien plus par rapport au milieu de travail souvent qu'au lieu de résidence. Donc, ce n'était pas aussi évident, là, de séparer ce territoire-là en deux.

Toutefois, malgré cela, nos consultations nous ont amenés à créer ces deux territoires dans le Québec-Centre parce qu'on pensait qu'un seul nous conduisait à un centre de santé à peu près avec 600 000 de population, ne nous semblait pas optimal, tant au point de vue du service qu'au point de vue de gestion, et ne nous apparaissait surtout pas à dimension humaine donc pour être efficace. Dans ce contexte, c'est de même qu'on est arrivés à ce modèle de quatre centres de santé, même si les deux centres du territoire Québec-Centre sont à peu près quasi identiques, là, mais, compte tenu de la gestion et ce que je viens d'expliquer, on est finalement arrivés avec deux centres de santé.

Ça nous amène par ailleurs à un défi supplémentaire, nous, à Québec, le fait que la mission hospitalière n'est pas dans le centre de santé. On doit faire vivre actuellement — et c'est beaucoup le rôle de l'agence — une notion d'interdépendance entre les centres de santé et services sociaux et les centres hospitaliers avec des ententes de services qui ne sont pas toujours nécessaires dans d'autres régions lorsque l'hôpital est lui-même dans le centre de santé. Donc, c'est un défi supplémentaire pour la région de la Capitale-Nationale.

Alors, j'aborde maintenant l'évolution de l'offre de services, aux pages 11 à 14 de votre document. Et, je dirais, depuis la création des centres de santé et des réseaux locaux, l'offre de services a particulièrement évolué sur deux plans: les services de première ligne s'organisent maintenant par territoires locaux; et les services médicaux spécialisés se concentrent toujours davantage pour une plus grande efficacité.

Si on parle des services de première ligne, les quatre réseaux locaux de services s'organisent autour d'un partenariat local. Il y a révision de l'offre de services dans six programmes: cancer, maladies pulmonaires obstructives chroniques, jeunesse, personnes âgées, santé mentale chez les adultes et services médicaux généraux. Aussi, des transferts de responsabilités, en plus de la notion d'interdépendance que je viens de mentionner, deviennent nécessaires entre les centres de santé et les centres hospitaliers pour que les centres de santé puissent bien remplir leur rôle. À titre d'exemple, nous devons, même si ces services sont dans les hôpitaux, faire des transferts de services, donner aux centres de santé la gestion de ces services, à titre d'exemple: des unités de médecine familiale et des services sociaux hospitaliers, etc. On pourra en parler lors des échanges.

Le partenariat entre les cliniques privées — qui a amené le réseautage — et les centres de santé a fait naître 13 groupes de médecine de famille qui sont maintenant branchés à un dépôt régional de résultats cliniques. Donc, ils ont accès aux résultats de laboratoire de nos grands hôpitaux. Et ça, c'est 156 médecins et un potentiel d'inscription de clients de 242 000 patients. Et nous sommes actuellement en route vers la création de cliniques-réseaux, qui est une bonification de nos groupes de médecine de famille. Là aussi, on pourra en discuter lors de l'échange tout à l'heure. La première

ligne est complétée par un réseau de 285 organismes communautaires qui est subventionné par l'agence à la hauteur de 32,4 millions. Là aussi, on parlera tout à l'heure de ce financement, s'il y a lieu.

Il y a eu également une évolution marquée par rapport à la deuxième et la troisième ligne, au niveau de la démarche de complémentarité entre les hôpitaux. Cette démarche a débouché sur une entente entérinée par le Réseau universitaire intégré de services, qu'on appelle le RUIS — pour nous, c'est le RUIS Laval, de l'Université Laval; entérinée, je disais, par le RUIS — l'agence et le ministère de la Santé. Chaque hôpital a maintenant ses surspécialités ou ses points d'excellence, et ça, c'est divisé les uns par rapport aux autres, et il n'y a plus de duplication, plus de compétition pour s'accaparer de la surspécialité du voisin, donc il y a une gestion beaucoup plus efficace.

A titre d'exemple, on retrouve comme pointe d'excellence, dans nos hôpitaux de Québec: dans le CHUQ, à l'Hôtel-Dieu de Québec, l'oncologie tertiaire, la néphrologie, l'implant cochléaire, l'hématologie — naturellement, ils ont des bases générales, là, mais je vous parle des pointes d'excellence des surspécialités; l'hôpital Saint-François-d'Assise, la chirurgie vasculaire, l'obstétrique normale; le Centre hospitalier universitaire de Québec, c'est-à-dire le CHUL, Centre mère-enfant, la pédiatrie, l'obstétrique à risque; et le CHA, qui est constitué de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus et de l'Hôpital Saint-Sacrement, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, les grandes pointes d'excellence en traumatologie, les sciences neurologiques, les grands brûlés; à l'Hôpital du Saint-Sacrement, le cancer du sein, l'ophtalmologie; et, finalement, à l'Hôpital Laval, toujours dans les hôpitaux de courte durée, la cardiologie, la pneumologie tertiaire ainsi que la chirurgie de l'obésité, qu'on appelle la chirurgie bariatrique. Enfin, le Centre hospitalier Robert-Giffard est un centre spécialisé et surspécialisé en psychiatrie.

Enfin, les services sociaux et de réadaptation de deuxième et troisième ligne particulièrement — parce que la première ligne est toujours assurée par les centres de santé — eux autres sont assurés par des établissements régionaux: le Centre jeunesse de Québec, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, le Centre régional de toxicologie et jeu, qu'on appelle le CRUV, tous déconcentrés sur les territoires locaux.

J'arrive maintenant à la performance et aux résultats — ce qui fait l'objet particulièrement de la rencontre — les résultats qui sont observés. Là, on se situe aux pages 15 à 28 du cahier. À la lecture des résultats à partir de notre entente de gestion 2005-2006, comparés à 2002-2003, nous sommes à même d'observer des gains importants durant toute cette période... malgré toute cette période de transformation.

L'accès et l'intensité des services se sont améliorés dans à peu près toutes les dimensions de l'offre de services, et notre prévision 2006-2007... M. le Président, vous parliez, tout à l'heure, qu'on pourra être dans l'actuel aussi. Là, on vous a déposé notre entente de gestion 2006-2007, on pourra en parler si c'est nécessaire. Alors, notre prévision 2006-2007 nous laisse maintenant croire qu'on va pouvoir maintenir cette

amélioration de services et même la poursuivre alors que nous sommes à la troisième année maintenant de nos ententes de gestion.

Je fais ici une revue sommaire de nos principaux programmes, en capsules naturellement, parce qu'il y a tellement à dire pour chacun des programmes, mais, dans le grand document, on retrouve, comme je le disais tout à l'heure, tout le détail.

Au niveau de la santé publique, nos programmes santé publique, un nouvel investissement de 2,4 millions, depuis trois ans, nous a permis, au niveau des maladies infectieuses par exemple, une vaccination annuelle qui a été augmentée de 31 % sur trois ans, donc 37 000 personnes vaccinées en plus. On a réalisé aussi une vaccination de masse — 5 000 personnes en deux jours — en prévision d'une pandémie. C'est une expérience qu'on a faite ici, dans la région de Québec. Donc, c'est un résultat très positif.

Aussi, au niveau de la problématique du C.difficile, on a été en mesure de mettre en place les ressources humaines nécessaires dans tous nos centres hospitaliers, c'est-à-dire les infirmières en prévention et contrôle des infections et toutes les autres mesures qui sont dictées dans une telle démarche, pour tous les centres hospitaliers, et on est en voie maintenant de faire la même chose dans nos centres d'hébergement de soins de longue durée. Ceci, déjà, on remarque des résultats concrets par rapport à la baisse du taux du C.difficile.

Au niveau du bloc promotion et prévention, toujours en santé publique, on a été en mesure d'augmenter l'accompagnement des jeunes mères et soutien parental et d'apporter un soutien additionnel à l'égard de l'allaitement maternel. Et, au niveau des programmes Personnes âgées en perte d'autonomie, deux programmes importants ont été mis en place, la prévention de la chute et des activités physiques. Et enfin on a augmenté nos démarches de promotion de saines habitudes de vie. Pour le bloc santé publique, il y a plusieurs pages, là, dans le rapport, mais c'est la capsule qu'on voulait faire.

Pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, qu'on appelait antérieurement Personnes âgées en perte d'autonomie, nous avons, dans la région de Québec, presque 100 000 personnes de 65 ans et plus, particulièrement 99 693, et la prévision 2010 est à 117 053, soit une augmentation de 17,4 %. Ça veut dire 17 500 personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à 2006 actuellement. 30 % de ces personnes requièrent de l'aide; 3 871 personnes sont hébergées en centres d'hébergement et de soins de longue durée. Et, au niveau des améliorations par rapport à la performance de notre offre de services, nous avons augmenté de 9 % l'offre de services à domicile en trois ans, tant dans l'accès que dans l'intensité. Donc, on répond maintenant de façon adéquate aux attentes du ministère à l'égard de l'intensité. Par rapport à l'accès, bien qu'on a une amélioration importante. Nous avons toujours actuellement 1 % des personnes requérant des services à domicile qui sont en attente d'un premier service. Pour votre information, 1 %, ça ne veut pas dire grand-chose, mais c'est 177 personnes, dans ce cas-ci.

● (10 heures) ●

Nous offrons une réponse adéquate également par rapport aux attentes ministérielles toujours pour ce

qui est de l'intensité des services en milieu d'hébergement, soit en soins infirmiers, les services professionnels, c'est-à-dire les services requis, qu'on appelle. 76 % des centres d'hébergement et de soins de longue durée ont implanté actuellement l'approche milieu de vie, et ça, ça représente 95 % des personnes âgées qui sont en centre d'hébergement. Ça peut faire curieux comme donnée, mais c'est parce qu'on a des centres d'hébergement qui sont très importants au niveau du nombre de lits, alors que d'autres sont tout petits, et c'est la plupart de tous nos grands centres qui ont déjà mis en place l'approche milieu de vie. 14 visites d'appréciation ont été faites, et toutes les recommandations, suite à ces visites dans nos centres d'hébergement de longue durée, ont été appliquées au moment où on se parle.

Nous sommes en train de déployer le plan d'action Personnes âgées ou en perte d'autonomie liée au vieillissement, le plan d'action ministériel qui va nous amener avec des nouveaux projets d'alternatives à l'hébergement institutionnel. Notre objectif premier est aussi d'abolir toutes les chambres qui ont plus que deux lits, et on va mettre en place aussi des projets novateurs pour le logement, etc. Donc ça, ce sera peut-être plus dans une reddition de comptes éventuelle parce que c'est en cours d'implantation.

Pour le programme Jeunes en difficulté, 10 882 personnes, jeunes et familles, sont rejointes annuellement pour des services, soit 4,5 % de plus qu'en 2003, et le nombre d'interventions par usager est passé, lui, de 6,82 — quand on parle d'intensité — à 6,94 interventions par usager. Nous n'avons actuellement aucune attente hors délai tant à l'évaluation qu'à la prise en charge. Le nombre de signalements est en augmentation constante par ailleurs, depuis 2003-2004. On est passés de 4 932 signalements à 6 328, soit 30 % de plus, dont 3 192 de ces signalements sont retenus. On pense que c'est dû à la plus grande sensibilisation de la population. Et aussi on est en train de déconcentrer un peu l'offre vers nos centres de santé en première ligne parce que, la Direction de la protection de la jeunesse, on pense qu'elle est trop utilisée comme porte d'entrée sans qu'il y ait eu orientation au préalable par la première ligne. Toutefois, malgré ces augmentations de signalements, le Centre jeunesse Québec, lui, s'est ajusté, il a réussi à maintenir malgré cela à zéro toutes les listes d'attente hors délai.

Pour le programme Santé mentale, une amélioration de l'accès aux services dans la communauté, on a une hausse de 200 % de personnes rejointes entre 2002-2003 et 2006, soit 2 960 personnes à 6 624 personnes dans cet écart-temps. On a encore une lacune quant au suivi intensif dans la communauté. On pense établir, là, réaliser des... ou annuler les écarts de ces lacunes dans le projet clinique qui est en cours actuellement pour notre organisation de services en santé mentale au niveau plus communautaire, communautaire dans le sens de donnés dans la communauté, pas nécessairement par les organismes communautaires.

Nous avons le défi de diminuer la durée de séjour à l'urgence du CHUL. Ça fait quelques années qu'on travaille... On l'a dans le contexte de notre reddition de comptes des trois ans. Mais là on a fait un virage important, on va pouvoir en parler tout à l'heure, on a des solutions très claires pour diminuer surtout les 48 heures à l'urgence, qu'on n'a pas encore réussi à contrer. Et la solution

principale, là, c'est l'ouverture de 24 lits et d'une urgence psychiatrique à l'Hôpital du Saint-Sacrement. Et on a commencé cette démarche, et on a déjà des résultats importants à démontrer tout à l'heure.

Le défi d'une organisation de services davantage communautaire qu'hospitalière au Centre de santé et services sociaux Vieille Capitale pour la desserte de la Haute-Ville et de la Basse-Ville, particulièrement par rapport à la clientèle itinérante ou qui ont des problèmes de santé mentale, là aussi on a des solutions en cours, on pourra en discuter tout à l'heure.

Au niveau du programme Dépendances, qui est le programme alcoolisme, toxico, jeu pathologique, on a une augmentation constante de l'offre de services là aussi. Aujourd'hui: 363 jeunes référés et évalués, 590 personnes traitées pour le jeu pathologique, 35 de plus qu'en 2004-2005.

À l'égard du programme Déficience intellectuelle, une amélioration constante de l'offre de services — ce n'est jamais parfait, mais on est toujours en amélioration: 31 % de plus de personnes desservies pour les services de soutien à domicile; 839 en 2005-2006 par rapport à 641 en 2004-2005. Toutefois, on doit faire un nouvel effort pour accroître l'intensité des services, où on a toujours un problème. Malgré l'amélioration, 9 % des familles sont toujours en attente d'un service accordé aux familles. Ça, c'est 42 familles.

Au niveau des TED, des troubles envahissants du développement, on dépasse les cibles ministérielles tant dans le nombre de personnes desservies que dans l'intensité de services. Même chose du côté des services spécialisés, à l'exception des heures d'intervention comportementale chez les enfants de moins de six ans, où, là, on a encore des objectifs importants à rencontrer.

Dans le programme Déficience physique, par le biais de l'entente de gestion, vous remarquerez que toutes les cibles ministérielles, pour 2010, sont déjà atteintes.

Maintenant, le bloc ou le programme... Je l'appelle comme ça pour la démonstration, ce n'est pas un programme comme tel. Mais, dans nos salles d'urgence, comme c'est une situation qui est continuellement ciblée, nous sommes, là aussi, en amélioration constante, depuis 2002-2003, de nos indicateurs de résultat, mais naturellement non suffisante. C'est sûr qu'on a encore beaucoup de chemin à faire pour nos salles d'urgence, mais, depuis 2002-2003, on perçoit toujours une amélioration. On a réduit de 9 % la durée moyenne de séjour dans nos salles d'urgence. On est passés de 12,73 heures, en 2004-2005, à 12,46, en 2005-2006. Mais on sait que l'indicateur est 12 heures. Donc, c'est pour ça que je vous dis qu'on n'a pas atteint complètement les objectifs. Mais ce qui est encourageant, c'est que c'est en constante amélioration.

La raison principale aussi, c'est toujours — puis on pourra échanger tout à l'heure — la problématique de santé mentale, où, dans nos salles d'urgence, souvent, on dépasse les 48 heures et ça vient donner tout un coup à notre moyenne de séjour de 12 heures. Mais on a des solutions à apporter encore, dans les deux prochaines années, dans ce dossier-là.

Le Président (M. Copeman): M. Fontaine, on s'approche à 30 minutes. On peut le dépasser un tout petit peu, mais...

M. Fontaine (Michel): Bien, la majeure va être passée...

Le Président (M. Copeman): O.K.

M. Fontaine (Michel): ...parce que c'est la partie reddition de comptes. Il nous reste à peu près trois, quatre minutes pour cette partie-là.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, sentez-vous bien à l'aise.

M. Fontaine (Michel): Pour l'autre partie, c'étaient des constats d'actualité. Bien, on pourra le faire lors de l'échange, si vous le souhaitez.

Donc, pour le secteur cancer, c'est l'endroit, je pense, qu'on a plus la plus grande amélioration. Aucune personne, actuellement, dans notre région, n'est en attente au-delà du délai médicalement acceptable, pour la radiothérapie. On sait comment qu'on a fait un grand bout de chemin et que ce délai est de huit semaines. On a une bonne performance du côté du dépistage du cancer du sein. Toutefois, on a du travail à faire du côté de Basse-Ville—Limoilou—Vanier, où on n'a pas encore atteint le nombre de femmes atteintes. Donc, il y a une nouvelle stratégie de promotion qui va être mise en place par la Santé publique dès cet automne pour rejoindre le plus de femmes dans ce programme.

Mise sur pied des équipes d'intervention spécialisées. Ça, c'est 10 équipes d'intervention en cancer dans chacun de nos milieux, surspécialisés. C'est des équipes qui sont établies par siège tumoral, qu'on appelle — des types de cancers — qui créent une trajectoire de soins mieux définis et beaucoup plus faciles pour le client, avec une infirmière pivot par organisation de services.

Ce serait peut-être la dernière chose importante, parce qu'on en parle tellement de ce temps-ci, au niveau de l'accès à la chirurgie, vous avez un tableau dans votre dossier, à la page 24. Et là on regarde la performance du réseau. Nous faisons trois constats à cet égard-là. On a une amélioration claire des chirurgies qui étaient ciblées, c'est-à-dire genou, hanche, cataracte, autant dans la production — puis vous avez les chiffres — que dans les délais d'attente. On a une amélioration aussi constante et claire au niveau de la chirurgie d'un jour. Là aussi, autant dans... on a une augmentation de production qu'une diminution de l'attente.

Par contre, au niveau de la chirurgie hospitalisée, on a une amélioration importante de production, c'est-à-dire 727 chirurgies de plus par année, mais malgré ça on peut comprendre que les entrées ne suffisent pas. Même avec l'augmentation de production, nous n'allons pas atteindre notre cible, là, par rapport à la liste d'attente encore. Donc, on aura des travaux importants à faire à cet égard-là. On pourra y revenir, à ce tableau-là, parce qu'il est assez simple, là, il est très visuel. On a des travaux à faire, mais vous voyez qu'à peu près partout on s'est améliorés depuis 2002-2003, autant une augmentation importante de la production et la diminution des listes d'attente hors délai.

● (10 h 10) ●

Vous remarquerez que, dans ce tableau, au moment où on faisait ce monitoring, plusieurs de nos chirurgies ciblées, le délai d'attente identifié était de

trois mois, à l'époque. Donc, c'est sûr que, dans le contexte de la nouvelle loi qui est discutée actuellement, où on parle de six mois, nous, sans faire aucune chirurgie, on serait presque dans les délais médicalement requis.

Donc, très rapidement, au niveau du bloc ressources humaines, on se préoccupe beaucoup de l'absentéisme au travail, on a un projet spécial à cet égard-là. On est aux pages 25 et suivantes.

Les ressources financières. Nos cibles budgétaires ont été atteintes depuis les trois dernières années. Donc, on avait, nous, dans notre région, d'autorisés comme cibles budgétaires déficitaires, 45 millions, nous sommes rendus actuellement à 13 millions. C'est la cible, et on l'atteint. La progression de l'enveloppe budgétaire est passée de 1,2 milliard, en 2002-2003, à 1,5 milliard, en 2005-2006. Et, dans ce contexte-là d'un global à peu près de 300 millions, on peut vous dire très globalement qu'il y a à peu près 300 millions. Donc, de ce 300 millions, 100 millions vont directement aux indexations, conventions collectives, etc., alors qu'autour de 200 millions sont directement reliés au développement.

On voit l'enveloppe du maintien des actifs qui passe de 5,9 millions à 26,4 millions, en 2005-2006.

Au niveau des immobilisations, depuis 2002-2003, on a fait des investissements de l'ordre de 210 millions dans notre région, ciblés: à l'égard de l'hébergement, 67 millions; nos salles d'urgence, 35 millions; nos centres hospitaliers, 108 millions.

Donc, M. le Président, si vous le souhaitez, j'avais quelques enjeux actuels, mais je pourrais m'arrêter ici puis plutôt en discuter, là, avec les échanges que vous allez ouvrir. À votre convenance.

Le Président (M. Copeman): Le désir des parlementaires, M. Fontaine, c'est que vous continuiez.

M. Fontaine (Michel): On continuerait? O.K. Donc, les principaux enjeux, vous retrouvez ça aux pages 29 à 34 du document. Pour nous, naturellement, l'accès va demeurer l'enjeu le plus important, ça va devenir crucial dans un contexte fragile de disponibilité de main-d'oeuvre. La continuité, pour nous, est un enjeu important pour la région en raison de la non-intégration des centres hospitaliers. C'est pour ça que je vous donnais le topo au début pour bien comprendre notre réalité. Avec nos centres de santé donc, il faut travailler très fort en interdépendance, etc.

Par rapport à l'accès à des services préventifs, dans la foulée du Programme national de santé publique, notre région reconnaît l'importance d'intervenir avant même l'apparition des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux, comme probablement toutes les régions, mais ce défi interpelle notre capacité, d'une part, à agir sur les déterminants de la santé, et, d'autre part, à rendre accessibles à notre population des services préventifs. Donc, on se donne une cible majeure, dans ce contexte-là, en santé publique.

Par rapport à l'accès aux services médicaux spécialisés, ma région doit poursuivre sa démarche visant à accroître l'accès à la chirurgie, comme je viens de le mentionner, et poursuivre la complémentarité des spécialités. D'ailleurs, cette complémentarité est aussi un gage de maintien au développement des programmes

de formation nécessaires pour préparer la relève d'ici et des régions qu'on dessert, là, par le biais de notre réseau universitaire et même pour favoriser l'attraction et la rétention des effectifs par rapport à l'environnement stimulant et enrichissant qu'on doit maintenir dans une région universitaire.

Nous avons aussi comme défi de continuer de planifier l'effectif médical spécialisé dans un contexte élargi du territoire RUIS-Laval. Je pense qu'on nous dit qu'actuellement, par rapport au fait qu'on partage avec l'ensemble de nos régions de l'Est la démarche de planification des effectifs médicaux, on est presque un modèle à cet égard-là. Il s'agit donc d'un enjeu pour le réseau régional mais aussi pour l'ensemble de la région universitaire. À défaut de réussir à maintenir nos programmes d'enseignement et de recherche, c'est une partie de la pratique médicale qui risque de quitter vers Montréal. Et, surtout lorsqu'on tient compte actuellement de ce qui se passe dans la métropole avec l'arrivée de deux mégacentres hospitaliers, donc c'est d'autant plus important pour nous de maintenir cette attraction-là par rapport à toute notre organisation universitaire. C'est une préoccupation qu'on a, là. Je ne vous cache pas que, l'ensemble de nos établissements, on discute souvent de cette situation et on souhaiterait que ces mégahôpitaux-là viennent au monde, naturellement, parce qu'on ne veut pas enlever cette possibilité-là, mais en même temps que les régions soient préservées par le biais de la rétention, là, et de l'autonomie des services dans chacune des régions de l'Est du Québec.

On a aussi un enjeu d'accès à un médecin de famille — on l'a souvent entendu dire — et aux services médicaux de première ligne. On dit que l'accès à un médecin de famille constitue une priorité régionale pour nous aussi, même si nous comptons continuer d'appuyer le développement de la pratique des groupes de médecine de famille, ce qu'on appelle les GMF, en raison de la prise en charge que cela permet. L'accès à un médecin à des heures défavorables ailleurs qu'à l'urgence constitue aussi un défi et un enjeu de taille pour nous. C'est pourquoi l'agence, avec le Département régional de médecine générale, qu'on appelle le DRMG, met sur pied actuellement un projet qui se veut complémentaire à l'offre de services des GMF et des unités de médecine familiale. C'est ce que j'ai appelé, tout à l'heure, les cliniques-réseaux, qui est une bonification de nos GMF. Et, dès cet automne, pour nous, on doit mettre en place trois de ces cliniques-réseaux, et à terme, d'ici deux ans, on aurait 10 cliniques-réseaux en sus de nos groupes de médecine de famille.

L'enjeu de la main-d'oeuvre. Au cours des prochaines années, la présence au travail, on l'a dit tout à l'heure, va être un facteur déterminant dans l'offre de services. À compter de 2008, ce phénomène se fera sentir particulièrement, dans notre région, chez le personnel technicien et professionnel. L'année 2009 sera particulièrement difficile dans tous les secteurs d'activité incluant l'administration, tant du côté présence au travail que retraite, mais, en 2014, la conjugaison des retraités, congés parentaux et absences pour maladie sera à un niveau jamais connu auparavant. Donc, pour nous, l'enjeu de la main-d'oeuvre est crucial, et on veut, à cet égard-là, dans un projet très précis de développement de main-d'oeuvre associé à tous nos établissements,

présenter un projet spécifique de développement compte tenu aussi qu'on est une région universitaire.

Très rapidement, un petit temps d'arrêt avant de terminer, par rapport aux questions de l'heure, l'engorgement des urgences, c'est un symptôme qui est au coeur de la complexité d'accès. C'est un problème que l'on voit quotidiennement, souvent dans les médias. Et, pour vous parlementaires, c'est habituellement les dossiers sur lesquels vous êtes interpellés. On peut vous garantir que — on l'a vu tout à l'heure — une amélioration constante, ce n'est pas suffisant, mais on cherche à améliorer ce service particulièrement à tous les jours, au quotidien. C'est un travail que plusieurs des directeurs ici, autour de la table, s'adonnent quotidiennement, même si on doit être en prévision aussi. Mais ça, on n'a pas le choix, c'est un problème qui est quotidien et, je pense, qui restera encore assez longtemps quotidien.

La liste d'attente, c'est un devoir, pour nous, de lecture entre les résultats acceptables et l'impact que ça peut créer par rapport au niveau politique. Nous croyons qu'il faudra de plus en plus informer la population sur les délais médicalement acceptables, car, pour nous, la notion de liste d'attente, exclusivement parler de liste d'attente sans parler des patients qui sont hors délai ou dans des délais médicalement non acceptables... le terme «liste d'attente» comme tel n'a pas de valeur parce qu'on pourrait avoir 2 000 personnes sur une liste d'attente, mais, s'ils ne sont pas disponibles à être opérés ou etc. Ce qui est important, c'est s'ils dépassent les délais médicalement acceptables, et ça, on va tout faire pour continuer... on l'a vu tantôt, une amélioration constante, et c'est ce qu'on s'engage, nous, à réaliser pour 2008.

Vous entendez beaucoup la situation — ceux qui connaissent cette région — du centre hospitalier... de l'Hôpital Saint-Sacrement qui vit un problème majeur auquel nous travaillons d'arrache-pied à résoudre. Et on peut vous dire qu'actuellement on est sur la bonne voie. Et cet établissement possède tous les leviers nécessaires pour relever le défi de remettre sur les rails cet hôpital. Il n'est pas question, comme on entend souvent parler, là, que l'agence ou d'autres intervenants ont une carte cachée pour fermer cet hôpital. C'est un hôpital important pour la région de Québec et on fait le maximum pour le relever actuellement.

Le financement du communautaire aussi qu'on entend souvent parler...

Le Président (M. Copeman): ...parce qu'il faut conclure, M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): O.K. Donc, je conclus avec ça: le financement du communautaire, c'est ce qu'il y a de plus important pour nous parce qu'on voit là un devoir et un défi parce que c'est des gens qui s'impliquent tellement. Des fois, on met des millions dans nos établissements, et, lorsqu'on met une piastre dans le communautaire, ça nous rapporte souvent beaucoup. Donc, pour nous, on est presque à la limite du financement des besoins requis par le communautaire, mais ce n'est pas encore assez, et on y tient, à aller de l'avant avec ce dossier. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): C'est nous qui vous remercions, M. Fontaine. Alors, Mme la députée

de Pontiac et adjointe parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

● (10 h 20) ●

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Bonjour, messieurs. Je vous remercie de vous être présentés devant nous. Je vais commencer par d'abord vous féliciter. Il y a quand même des beaux résultats que vous avez obtenus, et je pense qu'il y a certains éléments de vos plans qui sont dignes de mention.

On va parler, entre autres, de la diminution du nombre de fumeurs. Je pense qu'on doit vous féliciter pour avoir obtenu de très bons résultats à ce niveau. On pense aussi au VIH. On pense à la santé mentale: autant vous avez eu de bons résultats, cependant ce qui était un peu inquiétant, c'est qu'il y a une hausse de la demande. Vous réussissez à traiter des patients, mais par contre la demande de services en santé mentale continue à augmenter de façon exponentielle. Mais vous avez atteint vos cibles.

Vous avez aussi atteint vos cibles au niveau de la dépendance, de toxico et de jeux pathologiques, mais aussi la demande est en augmentation. On remarque cependant... Et vous en avez parlé tantôt, quand vous avez dit le financement au niveau du communautaire. Ça fait que, quand on regarde un peu où il y a soit un non-résultat ou bien des gens en attente, ça touche les services de première ligne. On peut penser aux services de soutien à domicile, aux personnes souffrant de déficience intellectuelle, on parle aussi des personnes souffrant de troubles envahissants du développement et des services aussi à leurs familles. Je suis contente de voir que c'est une préoccupation et que ça fait partie de votre plan 2005-2006.

La question que j'aurais à vous poser, M. Fontaine, concerne la priorité ministérielle face au vieillissement. On sait que l'année 2005-2006 est une période de transition pour offrir des services et réorganiser le plan d'action pour les services aux personnes âgées. Votre plan d'action a été déposé au ministère, on n'en a pas complété l'analyse parce qu'il a été déposé au 1er septembre. J'aimerais ça que vous nous parliez un peu de ce qui a été fait et vers quoi vous allez, dans le plan régional d'action 2005-2010, face au vieillissement. Comme je vous le dis, c'est un plan qu'on a reçu au 1er septembre. Ça fait que j'aimerais, M. Fontaine, que vous puissiez nous faire un bilan sommaire de ce qui a été réalisé à date et vers quoi vous allez dans ce plan-là qui a été déposé.

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, dans le contexte des personnes âgées, dans le plan d'action, pour nous, le choix ultime, c'est le maintien à domicile parce que, dans la démarche qu'on a faite régionalement, c'est ce que les personnes âgées veulent en tout premier lieu. Donc, vous le disiez, on a des efforts à faire additionnels à l'égard du maintien à domicile. C'est dans notre plan d'action. Naturellement, on ne peut pas pour autant laisser tomber la partie des possibilités d'hébergement quand on a des personnes en lourde perte d'autonomie ou même à la limite complètement non autonomes. Et, à cet égard-là, je le mentionnais brièvement tout à l'heure, nous sommes en démarche de développement pour ce qu'on appelle des alternatives à l'hébergement institutionnel, des projets novateurs, on en a trois dans la région de Québec.

Et aussi, nous, on a déjà mis une mesure qu'on appelle... c'est notre langage à nous, là, ça n'existe pas dans les statistiques ou les indicateurs, c'est la mesure de relogement. À Québec, pour pas que nos personnes âgées en perte d'autonomie qui passent par l'hôpital soient obligées de rester dans un milieu de soins actifs puis de perdre leur peu d'autonomie qu'ils ont, on a mis en place une mesure de relogement avec nos organismes du territoire pour que ces personnes-là puissent aller attendre immédiatement, dès que leur congé est donné à l'hôpital, dans un milieu mieux organisé qui maintienne leur autonomie. Donc ça, ça fait partie aussi du plan, de poursuivre ce développement-là.

Et je vous disais tout à l'heure aussi, toujours pour les personnes qui sont hébergées malheureusement en institution, nous allons déposer un plan complet de remise à niveau de nos centres d'hébergement de longue durée pour éliminer dès l'année 2007, quand ça existe, toutes les chambres de plus de deux lits dans nos centres d'hébergement de longue durée. En majeure, si vous le souhaitez, M. le Président, je peux aussi demander à M. Fillion, qui est le directeur de ce secteur, d'ajouter quelques commentaires au plan d'action Personnes âgées en perte d'autonomie.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. Fillion.

M. Fillion (Jacques): Alors, M. le Président, outre les éléments que le président-directeur général a présentés, il y a aussi un travail important qui se fait présentement par l'implantation des centres de santé et de services sociaux qui ont la responsabilité première de prendre en charge les personnes en perte d'autonomie, tout ça de concert avec l'organisation ou les services médicaux de première ligne ou les cabinets privés de médecins et les groupes de médecine familiale. Et, je vous dirais, depuis la mise en place des centres de santé et de services sociaux, c'est probablement une des retombées majeures de cette transformation-là, c'est le maillage beaucoup plus grand entre les services anciennement qu'on appelait les services de CLSC et les cabinets privés de médecins, qui sont, il faut le dire, la porte d'entrée du système. Il doit y avoir un arrimage beaucoup plus grand principalement pour les personnes âgées, qui sont des consommateurs importants de ces services de première ligne. Donc, il y a à la fois des éléments davantage d'immobilisations, qui ont des perspectives court et moyen terme, et des éléments un petit peu plus structurants en termes de réorganisation du réseau, qui vont avoir des effets qu'on voit déjà mais qui vont porter davantage au cours des prochaines années.

Mme L'Écuyer: Une autre question concernant les personnes âgées. On entend souvent, dans les centres hospitaliers des CSSS, qu'on a un manque de lits parce qu'il y a des personnes âgées en attente d'hébergement. Et, compte tenu que les lits de courte durée sont occupés par des personnes âgées en attente d'hébergement, j'aimerais savoir si ce problème-là est de façon très prononcée dans vos centres hospitaliers ou bien s'il y a une fluidité qui s'est installée entre les hébergements, le retour à domicile et le maintien dans le milieu ou des ressources intermédiaires pour libérer les lits de courte durée.

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, par rapport à cette question, la région de la Capitale-Nationale s'est peut-être démarquée à cet égard-là parce qu'on a été obligés d'aller, à un moment donné, en cour à cet effet-là pour pouvoir récupérer nos lits de courte durée dans nos hôpitaux, parce qu'il y a encore quelques années nous avions, de façon... On a six grands hôpitaux à Québec. En moyenne, nous avions 40 à 50 patients en attente d'hébergement — soit, comme je vous parlais tout à l'heure, la mesure de relogement qu'on a développée à Québec, soit l'alternative à l'hébergement institutionnel ou les CHSLD — et, au moment où on se parle, on a réussi, là, à faire enlever des permis tous ces lits-là et on a réussi à relocaliser tout le monde. Donc, on a récupéré autour de 115 lits en moyenne — parce qu'il y a encore des personnes en attente d'hébergement, mais il y en a beaucoup moins — dans nos six hôpitaux, ce qui a redonné la possibilité d'ailleurs de rencontrer, vous l'avez vu tout à l'heure, les objectifs de chirurgies additionnelles parce que, pour faire ces chirurgies additionnelles là, on avait besoin de lits.

Et, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, ce n'est pas juste une question d'avoir des lits en soins de courte durée, parce que, je le disais tout à l'heure, une personne âgée en perte d'autonomie qui est en soins... à qui on donne le congé dans un hôpital puis qui continue à rester là deux, trois mois, c'est déjà démontré, par rapport à la réadaptation, qu'il y a une perte d'autonomie additionnelle très lourde qui se crée très rapidement. Donc, c'est aussi pour le bien-être de ces personnes âgées là qu'on a mis en place toutes ces mesures. Et maintenant on peut dire, ici, dans les six hôpitaux, en moyenne nous avons sept à huit patients en attente d'hébergement par rapport, antérieurement, dans les dernières années, à 40 à 50 patients.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le directeur. Une autre petite question. J'aimerais ça qu'on revienne à l'entente de gestion et d'imputabilité 2005-2006. Il est stipulé dans la section V que l'agence doit conclure des ententes de gestion puis d'imputabilité avec les établissements publics de la région en tenant compte du niveau de ressources, conclure des ententes tripartites de gestion et d'imputabilité avec les centres hospitaliers universitaires de la région et avec le ministre.

J'aimerais ça, M. le P.D.G., que vous nous dressiez un bilan sommaire de ce qui a été réalisé pour répondre à ces engagements. On est toujours en 2005-2006, là, je ne suis pas allée dans les années antérieures, compte tenu que ce rapport-là vient d'arriver, là. Si vous pouviez nous parler brièvement, là, de ce qui s'est fait ou de ce qui est en cours de réalisation.

● (10 h 30) ●

M. Fontaine (Michel): Bien, ce que je vous disais, tout à l'heure, M. le Président, en capsule, dans ce qui est souvent le plus visible, là, on parle des salles d'urgence, des listes d'attente, etc., l'accès à la chirurgie, c'est souvent ce qu'on voit. Moi, je vais vous redire très rapidement, par rapport à ces trois grands dossiers là, qu'il y a une amélioration importante. Là, je vous réfère à la page 24 de votre document.

Et, M. le Président, si vous le permettez, je pourrais déposer, là... Ça parle, c'est beaucoup plus visuel. Nous avons, dans les dernières semaines, monté

des graphiques qui font le suivi de nos ententes de gestion par rapport à nos patients qui sont en liste d'attente depuis 2002-2003 à aujourd'hui, par rapport aux trois chirurgies qu'on nous avait ciblées comme objectif à atteindre, de diminuer l'attente et rentrer dans les délais médicalement acceptables, qui sont la cataracte, la hanche et le genou, et finalement l'ensemble de toutes les chirurgies. Ça, ça pourrait être très visuel. Si vous souhaitez qu'on le dépose, M. le Président. Il y a 30 copies de... C'est beau.

Donc, pour les urgences, pour les salles d'urgence aussi, on a les graphiques où je vous disais tout à l'heure qu'on a passé... la durée moyenne de séjour a diminué. Peut-être, M. le Président, si vous voulez, je pourrais en profiter pour mettre sur la table le plan d'action. On vous disait tout à l'heure qu'on n'a pas rencontré nos objectifs à 100 % dans les salles d'urgence, et la raison principale, c'est la durée de séjour dans les salles d'urgence de clients, de patients en santé mentale. Et actuellement, pour contrer cette difficulté, nous sommes à mettre un nouveau plan d'action, dans la région de Québec, qui va rééquilibrer les ressources physiques d'hospitalisation, parce que c'est souvent la raison. Parce que, quand on est dans une salle d'urgence, ou bien on est congédié par le médecin puis on s'en va soit chez nous ou dans un organisme quelconque, ou bien on monte dans les lits de l'hôpital. Et, dans ce contexte-là, bien un milieu comme le CHUL, par exemple, une urgence aussi importante, les lits qui sont disponibles pour la psychiatrie, ce n'est pas assez. Ce n'est pas assez. Donc, on a une démarche actuellement où on crée 24 nouveaux lits d'hospitalisation à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

Et c'est débuté, on a commencé en juillet, au tout début de juillet, et on peut... On a aussi des graphiques par rapport à nos salles d'urgence, là, que je pourrai envoyer à la commission, si vous le souhaitez, parce que je ne les ai pas ce matin, qui démontrent, dans le dernier mois et demi, là, une diminution spectaculaire des 48 heures à l'urgence juste par cette mesure-là. Puis c'est tous des clients en santé mentale, donc on voit là qu'on avait un déséquilibre dans la région, qu'on est en train de solutionner.

Pour la plupart des dossiers qui sont aussi dans l'entente de gestion, c'est tous les autres programmes jeunesse, etc. C'est souvent moins spectaculaire, mais on a réalisé beaucoup de progrès à cet égard-là. Et, si vous voulez des indications un peu plus spécifiques pour ces programmes-là, là aussi, M. le Président, M. Jacques Fillion peut répondre à des questions de détail dans les programmes, personnes âgées, troubles envahissants du développement, etc.

Le Président (M. Copeman): M. Fillion.

M. Fillion (Jacques): Je ne sais pas s'il y avait des préoccupations un petit peu plus particulières, là, par rapport aux autres programmes.

Mme L'Écuyer: Bien, pour le moment, il y a des collègues qui auront probablement des questions à ce sujet-là. Je pense que ce que M. Fillion indiquait, c'est que, dans ces secteurs-là où il y a eu non-atteinte des cibles, il y avait actuellement des mesures en place pour que les cibles soient atteintes. Vous pouvez peut-être en

parler un peu, mais je pense qu'il y a peut-être des collègues qui auront des questions plus pointues à ce sujet-là.

M. Fillion (Jacques): Peut-être un élément que j'attirerais votre attention, c'est le secteur jeunesse, principalement tout l'univers de la santé mentale jeunesse, où on constate, au niveau des ententes de gestion, un volume d'activités de première ligne qui n'était pas important dans la région de la Capitale-Nationale, et on voit, dans l'entente de gestion qui a été proposée pour l'année 2006-2007, une augmentation... une proposition significative d'augmentation de services en santé mentale jeunesse. Ça, ça s'explique essentiellement par une décision qu'on a prise en début d'année et qui est en train de s'actualiser. C'est un transfert massif des ressources de deuxième ligne au profit des centres de santé et de services sociaux pour assurer justement que les services de santé mentale jeunesse...

Parce que vous disiez tout à l'heure: Il y a une augmentation de la demande. Donc, devant cette augmentation de demande là, il faut vraiment s'assurer que les guichets d'accès, la porte d'entrée, l'accès aux services de première ligne soit vraiment bien installé afin qu'on ait là une organisation de première ligne solide et que la deuxième ligne s'inscrive en appui aux services de première ligne. Donc, dans le secteur jeunesse, c'est le mouvement qui est enclenché. On devrait voir, cette année, une augmentation très significative de l'offre de services dans le secteur jeunesse par la réallocation des ressources qui étaient historiquement consacrées aux services davantage hospitaliers. C'est un exemple.

Mme L'Écuyer: Merci.

Documents déposés

Le Président (M. Copeman): Alors, j'autorise le dépôt des trois tableaux présentés par M. Fontaine. Alors, Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais, au nom de l'opposition officielle, vous souhaiter également la bienvenue à cet exercice éminemment démocratique d'examen des orientations puis également des actions qui ont été menées par l'agence de la Capitale. Je suis accompagnée, comme vous le voyez, par mes collègues, notamment la députée de Taschereau, la députée de Rimouski et le député de L'Assomption, et c'est avec eux en fait que j'ai également l'intention de regarder avec vous à la fois les gains que vous avez pu réaliser, comme vous le mentionniez également... Mais, comme vous le dites dans votre présentation, les améliorations enregistrées ne doivent pas nous faire sous-estimer les efforts qu'il faut encore consentir, notamment pour améliorer l'accès aux services. Et je voudrais, en entrée de jeu, immédiatement — je sais que ma collègue de Taschereau me suivra sur ce terrain — et particulièrement sur la question d'accès aux services pour la population de Portneuf...

Mais, moi, je voudrais qu'on parle tout de suite d'accès en termes concrets. On va essayer de quitter le terrain, si vous voulez, codé, là, de la langue

technocratique puis on va aller immédiatement sur ce qui préoccupe la population. Bon. La première préoccupation que la population a, c'est l'accès aux services de base, hein? Premier accès, c'est l'accès aux services de base. Vous nous dites qu'il y a 13 groupes de médecins de famille, vous envisagez la mise en place de trois cliniques-réseaux. Tout ça couvre une population, mais le deux tiers de la population de la Capitale-Nationale n'a toujours pas de médecin de famille actuellement en place, hein? Vous nous avez donné des chiffres. En fait, c'est le tiers de la population qui peut compter sur un médecin de famille présentement, puis le deux tiers n'en a pas. Alors, à part les trois cliniques-réseaux, qu'envisagez-vous pour les groupes de médecins de famille? Est-ce que vous en restez à 13 ou vous ambitionnez mieux? Premièrement.

Ensuite, les CHSLD. Je voudrais bien que vous me disiez, plus concrètement, là, est-ce que vous avez eu des cibles de réduction des lits d'hébergement, pour les personnes, de longue durée? Il y avait combien de lits d'hébergement dans la région de la Capitale-Nationale? Et quelles sont les cibles que le ministère vous a données de réduction, donc de fermeture de lits? Alors, on peut bien parler d'alternative d'hébergement institutionnel, là, mais, en termes concrets, quelles sont ces cibles de réduction de lits d'hébergement?

Ensuite, en termes d'urgences. Je voudrais tout de suite, en entrée de jeu, remercier les services de recherche et de référence de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale, qui, pour le bénéfice de tous les membres de la commission parlementaire, nous ont préparé un excellent document, notamment une revue de presse qui nous permet, sur la question des urgences, de comprendre qu'il s'est agi essentiellement, pour la Capitale-Nationale, de débordement, hein? Alors, c'est le titre d'ailleurs que ce service de recherche de la bibliothèque a donné à ce chapitre. Donc, *Congestion à l'Enfant-Jésus et à Saint-François-d'Assise. Les civières abondent*: «...jusqu'à 60 malades occupaient des civières, [...] pratiquement le double de la capacité normale de lits.» À l'Enfant-Jésus, congestion à l'urgence, l'urgence déborde et... En fait, c'est là le thème, si vous voulez, de ce chapitre sur les urgences, malheureusement. Et la question préoccupe certainement la population.

Vous nous dites: Tout ça est lié à une demande accrue de services, notamment à l'égard de la santé mentale, mais, dans votre document, vous nous dites — celui que vous nous présentiez ce matin, là — c'est aussi dû non seulement au manque de lits dans le secteur santé mentale, mais «à des délais de réponse trop importants à des demandes de consultation». Alors ça, c'est un langage codé, là. Ça veut dire quoi précisément, ça, là, en termes très, très concrets, là, «des délais de réponse trop importants à des demandes de consultation»? Vu du langage du monde, là, bien ça, ça signifie qu'il y a peut-être moins de délais pour avoir un service, mais ça prend beaucoup, beaucoup plus de temps d'avoir un diagnostic. Alors, on attend beaucoup, beaucoup plus longtemps pour avoir un diagnostic, et puis on se retrouve finalement à l'urgence parce qu'on ne sait pas trop ce qu'on a, puis on va à l'urgence parce qu'on est inquiet.

● (10 h 40) ●

Ensuite, pour ce qui est des listes d'attente quant aux chirurgies, bon, vous avez raison de mentionner que

ce qui compte, c'est les hors délai médicalement acceptable. Ça reste ce qui est inacceptable, hein? C'est essentiellement ce qui est inacceptable. En date de cette semaine, les chiffres, pour la région de la Capitale-Nationale, sont les suivants: 3 449 citoyens de la région de la Capitale-Nationale sont en attente d'une chirurgie hors délai médicalement acceptable. Ça, je prends également ces chiffres-là en mentionnant que la durée médicalement acceptable elle-même a été en fait allongée, ce qui a réduit les listes. Parce qu'auparavant c'était trois mois, ce qui était jugé hors délai médicalement acceptable pour une chirurgie du genou ou de la hanche, là c'est rendu à six mois. Alors, en allongeant à six mois, on réduit finalement le nombre de personnes hors délai médicalement acceptable, mais il en reste 3 449. Alors, 3 449.

Et je lisais, là, encore récemment des déclarations — je pense à l'Hôtel-Dieu notamment — du Dr Isabelle Germain, radio-oncologue à l'Hôtel-Dieu de Québec, et qui réclamait un deuxième appareil de diagnostic en disant que... Et je la cite, là: «Comme radio-oncologue depuis 10 ans, à l'Hôtel-Dieu de Québec, je n'avais jamais vu des délais semblables, de six mois. C'est terrible, tout le stress, les nuits blanches que cela cause aux patients», a illustré le Dr Germain.»

Alors, je reviens à la question de l'accès et de ce qui est hors délai médicalement acceptable, et là, bon, enfin, ce que je comprends dans la présentation que vous nous faites, avec les tableaux que vous nous avez remis, en couleurs, c'est que ça va bien, c'est dans la bonne direction. Et la question, c'est: Est-ce que vous envisagez ou pas de mettre sur pied les cliniques médicales associées, comme le prévoit le projet de loi n° 33 et comme le propose aux agences le projet de loi n° 33? Alors, voilà le début, le départ.

Le Président (M. Copeman): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): M. le Président, je vais essayer de... Vous me ramènerez à l'ordre si j'en oublie, là, j'ai pris quelques notes.

Concernant le premier point, sur les médecins de famille, c'est sûr que, quand on vous donne le potentiel d'enregistrement à l'égard de nos GMF, il faut comprendre qu'à Québec on avait un réseau, ce qu'on appelait le RAM, nous autres, ici, le Réseau d'accessibilité médicale, qui est toujours en force en partie, les 13 GMF, c'est ce potentiel-là, mais toutes les autres cliniques existent encore, avec des patients qui ont leur médecin de famille dans ces cliniques-là.

La difficulté, c'est qu'actuellement ils ne sont pas captés, on n'enregistre pas ces clients-là parce qu'ils ne sont pas dans le modèle public, si on peut dire, dans le groupe de médecine de famille à qui on amène, nous, des subventions pour avoir des infirmières pivots, etc.. Mais toutes nos autres cliniques... Il faut dire qu'à Québec on avait 32 cliniques du réseau RAM, là, Réseau d'accessibilité médicale. Ceux qui ne sont pas devenus GMF existent encore. Ils voient des patients avec rendez-vous et sans rendez-vous. Les patients avec rendez-vous sont leurs patients, ces personnes-là ont des médecins de famille.

Donc, on pourrait vérifier, là — parce qu'on travaille aussi avec l'AMOQ, là, l'association médicale pour notre région, de Québec, là — quelles sont les

difficultés par rapport à avoir accès à un médecin de famille à Québec quand on inclut toutes ces cliniques-là. Parce qu'il y a plusieurs de ces personnes qui ont déjà un médecin de famille mais qui ne sont pas dans notre réseau GMF public qu'on peut capter avec nos systèmes d'information encore. Mais ça va venir, là, puis on va pouvoir les établir bientôt.

À l'égard des CHSLD, à Québec, dans le plan... Mme la députée parlait tout à l'heure, là, qu'on a déposé notre plan, nous autres, pour personnes âgées en perte d'autonomie, qu'ils sont en train d'analyser, puis on devrait avoir des commentaires. Mais notre plan déposé n'inclut aucune fermeture de lits en CHSLD, ici, dans la région de la Capitale-Nationale, incluant Portneuf et Charlevoix. Donc, on ne vise pas de fermetures de lits. On a ciblé qu'actuellement on aurait, entre guillemets, selon la norme, là... Parce que ça ne veut pas dire qu'on n'a pas de besoins. Mais la norme dit: Trois lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus. Nous, entre guillemets, on aurait, au moment où on se parle, comme 90 lits de trop par rapport à cette norme, sauf que, comme on a demandé au ministère de tenir compte d'une projection de 2011 — on vous disait tout à l'heure qu'on avait une augmentation, nous, de 17 % des personnes âgées — on trouverait ça un peu déplacé de fermer des lits temporairement pour les réouvrir dans deux, trois ans. Donc, nous, notre projet, c'est zéro fermeture de lit par rapport à cette situation-là. Ce qu'on fait, par ailleurs, qu'ils peuvent publiquement...

Mme Harel: C'est votre projet, mais ce n'est pas la cible gouvernementale. C'est ça?

M. Fontaine (Michel): C'est-à-dire que, selon la norme... Nous, on n'a pas encore eu de réponse, et, les discussions que j'ai eues avec le sous-ministre à cet égard-là, on ne nous exigera pas de fermetures de lits ici, à Québec. Mais peut-être que, de façon médiatique, on peut entendre des choses. Parce qu'on est en train aussi de rééquilibrer, comme je disais tout à l'heure, en santé mentale, nos territoires. Même si c'est des très grands territoires, il reste que, quand on veut éventuellement être hébergé près de chez nous... Nous, on a un rééquilibrage à faire, parce qu'un jour la région de Québec était... la population était très concentrée au centre, et tous les CHSLD se sont construits dans le centre-ville, règle générale. Il y a quelques CHSLD à Chauveau ou à Orléans, mais c'est mineur. Donc, au fur et à mesure qu'on a des milieux très vétustes, ce qu'on a mis dans notre plan, c'est d'aller rebâtir si c'est nécessaire... On a toujours les alternatives à l'hébergement institutionnel qui sont dans notre dossier, mais, si c'est nécessaire d'avoir vraiment des lits lourds, on veut les reconstruire dans chacun des secteurs pour rendre un peu la proximité par rapport à ces services-là. Donc, si des fois vous entendez à l'occasion...

Effectivement, c'est le cas du Centre hospitalier Saint-Augustin, à Courville, qu'on a fermé, dans la dernière année, 26 lits, mais on les a réouverts dans Charlesbourg-Nord, avec notre Centre Champlain-Des Montagnes, et à Sainte-Anne-de-Beaupré: 10 lits à Sainte-Anne-de-Beaupré et 16 lits à Champlain. C'est ce rééquilibrage-là qu'on fait. Ça peut des fois, au point de vue médiatique, mal paraître, en pensant qu'on a

vraiment fermé des lits, mais au total on avait autour de 3 800 lits d'hébergement, et on a toujours le même nombre de lits, et même on a augmenté.

Tantôt, je faisais état de tous les moyens qu'on avait mis en place, là, pour accueillir les patients qui sont dans les hôpitaux. On a augmenté ce qu'on appelle, nous, des centres de transition. Actuellement, on en a ouvert pour 110 lits. Donc, dans ce contexte-là, on a demandé au ministère de ne pas les considérer comme nos lits d'hébergement permanents parce que c'est une méthode de transition, en attendant, pour ne pas que nos patients âgés perdent l'autonomie dans les centres hospitaliers. Ça répond en partie à la question des CHSLD. On pourra y revenir.

Par rapport à la psychiatrie de liaison, la psychiatrie de consultation, ça, effectivement, on avait un problème majeur à Québec, on ne le cache pas. On a mis en place par ailleurs ce qu'on appelle, nous, dans notre jargon, un MEL, un module d'évaluation liaison, pour tout le secteur de la Vieille Capitale. Et on est passés, à l'intérieur de cinq, six mois — parce que c'est tout récent, là, on a fait ça au printemps — on est passés de huit mois d'attente, pour une demande de consultation en psychiatrie avec un psychiatre de liaison en lien avec nos omnipraticiens, actuellement à un mois, pour ces consultations-là. On a eu un bogue, une première faille, cet été, dans le contexte où — je vous le disais tout à l'heure — on est dans la période transitoire pour notre réorganisation des services de santé mentale. Donc, on a eu un problème, cet été, parce qu'on a transféré des psychiatres à Saint-Sacrement, comme j'expliquais, et ça nous a mis dans une situation... temporairement un petit peu en veilleuse notre MEL, mais déjà, avec la rentrée, on l'a remis en place, et nos psychiatres de liaison sont dans les centres de santé pour répondre aux attentes, là, par rapport aux demandes de consultation, comme vous le disiez, et non de traitement.

Pour en attente des chirurgies hors délai de trois mois, effectivement, nous, le tableau qu'on vous a présenté à la page 24, là, je le mentionnais tout à l'heure, vous avez remarqué que, la plupart de nos chirurgies visées, on travaillait avec un délai de trois mois, donc ce tableau-là n'a pas été transformé encore en délai de six mois, là, pour ceux qui vont devenir à six mois. Ce délai médicalement acceptable, il semble que ça a fait un consensus national canadien, et on s'est un peu adaptés à ce nouveau délai là. Et c'est plutôt dans nos futures statistiques, là, qu'on va voir effectivement... Dans les faits, il faut être honnête, là, c'est sans faire aucune chirurgie qu'on va diminuer nos attentes hors délai, mais il faut quand même s'attaquer à augmenter notre chirurgie parce que malgré ça il va nous rester des cas hors délai encore.

Et, c'est ce que je mentionnais tout à l'heure, nous, on travaille actuellement un plan avec le ministère — on est en rencontre encore cette semaine — pour donner accès encore davantage... Comme on a des milieux hospitaliers très spécialisés, si, nous, on ne peut pas le faire, il n'y a pas grand régions qui le feront. Donc, on s'est offerts à augmenter notre production de chirurgies encore, dans notre région de la Capitale-Nationale, en tenant compte bien sûr... là, on est à analyser les ressources humaines parce que, dans ce cas-ci, ce n'est pas une question d'argent, c'est plutôt une

question de ressources humaines, d'anesthésistes, etc., et on devrait aller de l'avant à cet égard-là.

● (10 h 50) ●

Les délais... Je vous mentionne juste, par rapport à ce que vous parliez, là, du Dr Germain, dans ce contexte-là... Je prends cet exemple-là, de l'Hôtel-Dieu, parce que c'est un cas très précis, donc je vais y répondre de façon très précise parce que c'est moi-même qui l'ai traité, là. On n'avait jamais eu de demande, à l'agence, puis ça, ça n'enlève pas le besoin, mais il n'y avait pas ni de... le CHUQ n'avait fait aucune priorité sur cet équipement-là comme deuxième équipement à l'Hôtel-Dieu. Et, dans ce contexte-là, on a demandé au CHUQ si, oui ou non, il y avait une priorité, si c'était nécessaire par rapport aux délais d'attente médicalement acceptable. Et on a eu un dossier vendredi passé. Donc, on est très à jour dans ce dossier-là. On va le traiter. C'est de la haute technologie naturellement, c'est un équipement très sophistiqué, on va le traiter. Et on va l'analyser avant parce qu'on n'avait pas de délai médicalement non acceptable dans ce secteur-là de la radio-oncologie, donc on ne sait pas encore si le besoin est vraiment réel. On va l'analyser. Si c'est le cas, ça va aller de l'avant.

Pour les cliniques médicales associées — c'est ça, je pense, la dernière question qui nous est posée — nous, à Québec, le principe, on suit ce qui nous est donné par les orientations du ministre et les orientations ministérielles: on n'a pas à travailler ces associations-là de cliniques si on a déjà dans notre réseau ce qu'il faut pour faire la tâche, si on a suffisamment de ressources humaines puis si on est capables de le faire à un coût raisonnable. Donc, au moment où on se parle, dans la région de la Capitale-Nationale, on ne vise pas de cliniques associées.

Et on avait fait ce pas-là... Vous l'avez d'ailleurs, vous voyez, de façon assez spectaculaire, un de vos tableaux qui est le pourcentage des patients hors délai par rapport à la liste d'attente totale, vous avez un cas, là, la résonance magnétique diagnostique, où on avait, dans les dernières années, une attente complètement inacceptable, là, un nombre important, et on avait signé des ententes avec des cliniques-réseaux... ils ne s'appelaient pas des cliniques-réseaux, mais le privé en radiologie, et ces ententes sont maintenant terminées parce qu'entre-temps nous avons réussi à avoir nos installations dans nos hôpitaux: une nouvelle résonance magnétique à l'Hôtel-Dieu de Québec, fonctionnelle; une nouvelle résonance magnétique à l'Hôpital Laval, fonctionnelle; une deuxième résonance magnétique à l'Hôpital de L'Enfant-Jésus; et Saint-Sacrement, l'Hôpital du Saint-Sacrement qui est en construction actuellement pour installer l'autre résonance magnétique. Donc, on n'a plus ce besoin-là. On ne dit pas qu'on est contre cette situation-là, mais l'objectif, c'est de le faire dans notre réseau, on pense pouvoir le faire dans notre réseau.

Le Président (M. Paquin): Merci, M. Fontaine. Mme la députée de Chauveau.

Mme Harel: Vous permettez? Moi, je termine, M. le Président, là.

Le Président (M. Paquin): C'est parce qu'on a dépassé le temps prescrit, madame.

Mme Harel: Est-ce que le 15 minutes est déjà terminé?

Le Président (M. Paquin): Vous allez vous reprendre, s'il vous plaît.

Mme Harel: La réponse est plus longue que la question. D'accord.

Le Président (M. Paquin): Oui. Mme la députée de Chauveau.

Mme Perreault: Merci beaucoup, M. le Président. M. Fontaine, bienvenue à vous, de même qu'à l'ensemble de vos collaborateurs. Je veux rappeler que l'exercice que l'on fait aujourd'hui, c'est un exercice important en termes de démocratie et de reddition de comptes. Et, comme vice-présidente de la Commission de l'administration publique, j'ai souvent l'occasion d'auditionner des agences sur leur rapport annuel de gestion, et, à chaque fois, l'exercice est tant important pour nous que pour ceux qui se prêtent à cet exercice-là.

J'ai eu l'occasion de rencontrer un certain nombre d'entre vous lors de la mise en place des CSSS. Parce que, chez nous, comme vous le savez, ça avait soulevé un certain nombre de craintes, notamment suite à la fermeture de l'Hôpital Chauveau, qui avait créé comme une espèce de crainte chez nous. Et évidemment une autre transformation dans l'organisation avait soulevé des craintes, on avait d'ailleurs rencontré le ministre à cet égard. Et je veux vous dire que j'ai rencontré... Et j'avais eu les médecins qui m'avaient interpellée. J'ai été moi-même interpellée dans cette situation-là. J'ai rencontré un médecin, la semaine dernière — je n'en ferai pas le porte-parole de l'ensemble du CSSS — qui me disait que l'intégration des services se faisait de bonne façon et qu'il voyait les bénéficiaires de la mise en place de ce centre-là. Alors, je voulais vous le dire, c'est un élément qui est important.

Tout à l'heure, on a abordé les groupes de médecine familiale. Et il y en a 13 dans la région de Québec. Peut-être, tout à l'heure, vous pourrez nous dire combien de médecins cela représente. Je vous dis ça parce que, moi, je viens d'un petit village et en même temps, je trouve, quand on aborde la question des groupes de médecine familiale... j'ai toujours des questions par rapport aussi à l'équilibre qu'on doit avoir avec les cliniques médicales qui souvent sont composées de deux, trois médecins qui sont en région et qui ne peuvent pas constituer des groupes de médecine familiale parce qu'ils ne sont pas assez nombreux. Et chez nous, par exemple, à Shannon, il a été question que les médecins quittent pour rejoindre un groupe de médecine familiale qu'on a inauguré il n'y a pas longtemps sur le boulevard l'Ormière. Et je pense que c'est important de maintenir cet équilibre-là, notamment pour les petits villages, les petits points de services, pour qu'on puisse avoir accès à un médecin à proximité.

Et l'autre chose que je veux ajouter, c'est que les médecins qui adhèrent aux groupes de médecine familiale le font de façon volontaire. Ils doivent adhérer à ça parce que c'est une forme de travail. On ne peut pas imposer un groupe de médecine familiale à une clinique qui n'adhérerait pas à ce type de service là, même si on

peut les encourager, ce qui m'amène à vous parler du cas de Portneuf.

Je suis moi-même la voisine du député de Portneuf, et Shannon est tout près, quasi dans Portneuf. Souvent, on se sent dans Portneuf plus que dans Chauveau. Et évidemment il y a eu des problèmes, problèmes de médecins, de disponibilité de médecins. Ça a été quand même inquiétant pour les gens de cette région-là. Je veux vous entendre là-dessus parce que c'est important. Je pense que c'est un problème, qu'on ne trouvait pas de médecins pour s'en aller là. Et c'est souvent des problèmes qui ne sont pas faciles à dénouer parce qu'évidemment on ne peut pas imposer à quelqu'un de se rendre dans une région où il ne veut pas aller. Alors, je voudrais vous entendre là-dessus, dans un premier temps.

Le Président (M. Paquin): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): M. le Président, d'abord, peut-être dire qu'on a assoupli — avant de parler de Portneuf — nos règles pour devenir groupe de médecine de famille. Antérieurement, comme vous le dites, ça prenait une grosse clinique, en moyenne d'au moins 10 médecins. Pour répondre à votre question, là, nos 13 cliniques, c'est 156 médecins qui sont dans ces cliniques de GMF là. Et antérieurement, là, c'était un lieu physique unique. Maintenant, l'assouplissement des règles nous permet de demander à un certain groupe de médecins qui peuvent être dans deux, trois cliniques, en autant qu'ils sont toujours dans le même territoire. Et preuve en est la nouvelle GMF de Charlevoix, où l'ensemble de tout le territoire Charlevoix-Est s'est associé pour faire une GMF, et physiquement ils sont dans des bureaux différents. Mais l'avantage qu'ils ont, c'est que ça leur permet d'avoir accès à nos infirmières de liaison, et tout ça, parce qu'ils répondent aux heures d'accès, là, qui sont des heures défavorables, si on peut dire, de soir et de fin de semaine. Donc ça, c'est assez récent, là. Nous, on a eu cette première possibilité là juste l'an passé, et on travaille cette possibilité-là.

C'est là que je refais le lien avec Portneuf, parce que nous sommes à travailler actuellement avec les gens de Portneuf pour réussir à mettre en place... Tout à l'heure, j'ai parlé de 13 cliniques, j'aurais peut-être dû dire qu'il y en a deux en potentiel actuellement, dont Portneuf en est une et ici une autre dans la région de Québec. Donc, on aura probablement, là, en plus des cliniques-réseaux que je parlais, quand même, éventuellement, dans les prochains mois, 15 GMF et un certain nombre de cliniques-réseaux qui seront bonifiées.

Donc, je reviens à Portneuf. C'est majeur, hein, les difficultés qu'on a à Portneuf, de... Puis ce n'est pas nécessairement un problème de recrutement de médecins. Nous autres, on a vécu ça souvent, au conseil d'administration public de l'agence, là, où est-ce qu'on a été visités par les maires de Portneuf et tous les gens concernés par ce dossier-là, puis c'est assez complexe comme situation à Portneuf. C'est qu'actuellement tous les postes de médecin qui sont à leur plan d'effectifs, règle générale on réussit toujours à les combler au complet, et le problème qu'on a... Puis là on a décidé de mettre une équipe neutre, là, qui est allée nous faire une démarche avec tous les médecins qui ont passé à Portneuf dans les trois dernières années, parce qu'on a

un problème de rétention bien plus que de dotation de médecins en question. Et justement, hier, ça n'a pas de lien avec la commission, là, mais on était avec le Centre de santé de Portneuf, la direction et son conseil d'administration, pour déposer ce premier rapport avec une série... Je pense qu'on a 16 recommandations où est-ce que, nous, l'agence, on fait un mea culpa sur certains points, qui sont des recommandations, et le centre de santé aussi, qui, dans l'organisation du travail pour ses médecins, a aussi certains écarts à corriger. Et on va de l'avant avec un plan d'action qu'on pourra déposer, là, publiquement dans les prochaines semaines.

Et, M. le Président, si les membres de la commission le souhaitent, ce rapport, qui est devenu officiel hier, public hier, pourrait être disponible pour les membres de la commission. C'est un rapport assez majeur, là, qui fait tous les constats des trois dernières années à Portneuf par rapport aux difficultés.

Le Président (M. Paquin): Les membres de la commission le souhaitent, M. Fontaine.

• (11 heures) •

M. Fontaine (Michel): Oui? Alors donc, on pourra déposer ces rapports. Maintenant, nous sommes en travail. Hier, on a créé un comité de travail où justement le Dr Racine va assister. Et la première rencontre est déjà le 20 de ce mois-ci, là. On fait toutes les choses à très court terme. On attendait ce rapport presque avec anxiété, depuis plusieurs mois, parce que c'est difficile, à Portneuf, actuellement, de combler les postes de médecin.

Tout à l'heure, j'ai passé tout droit parce qu'on faisait beaucoup de capsules, là — faire de la synthèse puis des résumés, des fois ça a le désavantage de ne pas tout donner les explications — mais, dans la région de Québec, de façon générale, on réussit à combler tous nos postes de médecin, à l'exception justement du secteur Portneuf. Puis il y a toutes sortes de raisons à ça. Je peux vous en donner quelques-unes, là, qui sont dans le rapport. Donc, il y a l'organisation du travail. Il y a aussi le fait que, tout en étant — on nous le dit souvent — une région un peu plus loin, on est trop près puis trop loin en même temps de Québec, donc les gens préfèrent revenir, dès qu'ils ont fait leur année, pratiquer à Québec, etc.

Donc, il y a des plans qui seront déposés au ministère pour voir si on ne peut pas avoir un certain nombre d'exceptions pour cette région-là, pour ne pas que les médecins, là, dès qu'ils ont une année de faite, s'en viennent à Québec parce que c'est attractif, notre région. Pas au point de recruter une sous-région, mais on va trouver des solutions à ça. On en a plusieurs. Donc, dans ce contexte-là, on est très préoccupés par la situation. Il y a un comité de travail majeur qui inclut les dirigeants de Portneuf, même des membres de conseils d'administration, pour qu'on ait plus le pouls de la population, pas seulement du centre de santé puis des administratifs, dans ça.

Le Président (M. Paquin): M. Fontaine, si vous voulez faire suivre ou expédier le rapport au secrétariat de la commission, ça va être bien apprécié. On compte sur vous. Mme la députée de Chauveau.

Mme Perreault: Oui. Merci, M. le Président. M. Fontaine, je veux aborder un autre sujet. Dans votre

rapport, vous parlez, et vous l'avez abordé tout à l'heure non seulement dans votre rapport, mais verbalement, vous avez parlé du dépistage du cancer du sein chez les femmes et vous avez parlé de la mise en place d'un plan d'action pour rejoindre des femmes ici, à la Basse-Ville, si j'ai bien compris, j'imagine parce que vous avez de la misère à les rejoindre pour qu'elles acceptent de se prêter au dépistage. J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, effectivement, je parlais du secteur plus particulier de Basse-Ville—Limoilou—Vanier, un secteur plus défavorisé, souvent que ce n'est pas des gens qui sont enclins automatiquement à faire ces démarches-là. Donc, on va avoir une stratégie pour les rejoindre. Et, M. le Président, si vous me permettez, j'inviterais le Dr Desbiens, qui est le directeur de la santé publique, à vous en parler davantage si c'est nécessaire.

Le Président (M. Paquin): M. Desbiens, on vous écoute.

M. Desbiens (François): Oui, M. le Président. Effectivement, le territoire qui a le plus faible taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein, c'est l'ancien territoire du CLSC Basse-Ville—Limoilou—Vanier, avec un taux d'environ 47 % de femmes qui acceptent, dans l'âge de 50 à 70 ans, de participer au programme de dépistage. Donc, lorsqu'on a eu cette information-là, on a rencontré les gens du CSSS de la Vieille Capitale pour discuter avec eux du genre de plan qu'ils pourraient mettre en oeuvre, qui impliquerait la mobilisation des groupes de femmes de différents types et d'organismes communautaires de ce milieu-là pour augmenter le niveau d'information transmis à ces femmes-là pour les encourager de répondre favorablement à la lettre d'invitation qui leur est transmise aux deux ans. Donc, c'est quelque chose qu'on a fait ce printemps. Puis il y a des actions qui vont avoir cours au cours de l'année. Elles ne sont pas toutes déterminées encore, mais le plan est en cours pour rehausser le niveau de participation de ces femmes-là.

Le Président (M. Paquin): Très bien. Mme la députée de Chauveau.

Mme Perreault: J'ai aussi des données sur les femmes âgées de 20 ans et plus, à faibles revenus, qui ont accouché dans l'année. Dans le volet de soutien aux familles, là, est-ce que... je vois que la cible n'est pas atteinte, là; c'est à 54,7 %, la cible était de 60 % pour atteindre ces femmes-là. J'aimerais vous entendre aussi là-dessus parce que ça, c'est important, surtout dans le contexte où les femmes restent de moins en moins longtemps en milieu hospitalier, elles se retrouvent à la maison, souvent.

Puis je vous dis ça parce que je rencontrais des gens de chez Mamie-Lait, la semaine dernière, qui ont un groupe de soutien, puis on discutait de ça. Puis des fois on ne mesure pas toute l'importance que ça peut être pour une femme d'avoir un soutien quand elle accouche, surtout si c'est des femmes en situation plus précaire ou qui ont moins de soutiens familiaux ou de réseaux pour les soutenir. Alors, j'aimerais vous entendre également là-dessus.

Le Président (M. Paquin): M. Fontaine, oui.

M. Fontaine (Michel): M. le Président, est-ce qu'on peut compléter avec le Dr Desbiens? C'est toujours dans le même sujet.

Le Président (M. Paquin): Absolument.

M. Desbiens (François): Oui, M. le Président. Le programme que nous avons, qui est Services intégrés en périnatalité et petite enfance, est dans la région depuis cinq ans. Et effectivement, pour l'entente de gestion que nous avons signée, notre performance de l'an passé, on était quelques pourcentages plus bas que l'attente ministérielle. Les gens de la Direction de la santé publique ont rencontré les gens des CSSS, surtout de la Vieille Capitale et de Québec-Nord, afin de regarder avec eux la situation, quelles sont les difficultés que leurs intervenants ont à rejoindre ces femmes-là de ces milieux défavorisés là et sous-scolarisés, et d'ajuster leur stratégie de recrutement pour pouvoir desservir davantage de femmes.

Le problème n'en est pas un financier, est plutôt un d'accessibilité et de reconnaissance de ces femmes-là. Souvent, elles sont approchées puis elles ne désirent peut-être pas avoir ce suivi intensif là. Donc, il y a toutes sortes d'approches innovatrices qui doivent être trouvées avec les organismes communautaires qui sont très proches des milieux défavorisés pour faire en sorte que ces femmes-là acceptent d'embarquer dans ce programme intensif de soutien.

La députée a aussi fait référence aussi à un autre programme dans les CLSC, qui n'est pas le programme de services intensifs en périnatalité et petite enfance, qui est tout simplement les visites précoces en post-partum, qui vont très bien dans l'ensemble des CSSS. Et toutes les femmes sont rencontrées, je pense, à l'intérieur de 48 heures pour une première visite, et par la suite les intervenantes des CSSS ajustent leurs visites selon le besoin qu'elles peuvent observer dans cette famille-là. Donc ça, c'est une autre partie de programme qui est plus universelle, pour toutes les femmes qui ont accouché. Et l'autre programme, plus des services intensifs, c'est pour les femmes de familles plus défavorisées et sous-scolarisées.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Chauveau.

Mme Perreault: Juste un dernier commentaire, si vous me le permettez, avant de laisser la parole à mes collègues. Je veux peut-être vous sensibiliser aussi à la nécessité peut-être qu'on a de soutenir les groupes de femmes. Je parlais de Mamie-Lait, mais il y a d'autres groupes de femmes qui soutiennent ces femmes-là parfois dans des périodes beaucoup plus longues, et ça m'apparaît comme essentiel. Alors, je voulais juste vous faire un clin d'oeil pour vous dire que c'est important. Merci.

Le Président (M. Paquin): Ça va? Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltals: Merci, M. le Président. Bonjour, mesdames messieurs de l'agence. Je suis très heureuse

de vous revoir. Je sais que vous travaillez très fort à garantir l'accessibilité aux citoyens et citoyennes à un système de santé compétent, rapide, efficace, de qualité. J'apprécie les avancées qui ont été faites, mais il y a quand même quelques problèmes qui subsistent dans la région. Je pense qu'il est important d'en parler. Il y en a un que j'ai entendu...

Je veux continuer sur la foulée du problème à Portneuf. Je comprends qu'il y a eu une réunion hier, mais ce que j'ai dans mes notes, moi, c'est que, le 29 avril déjà, on avait que Portneuf risquait de vivre bientôt des ruptures de services. Et je cite ce que l'agence aurait dit à l'époque: «On travaille fort pour obtenir des dérogations pour Portneuf.» Parce qu'on a eu une dérogation en 2005 pour la Malbaie, ça a fonctionné, ça a réglé le problème. Ce dont je vous ai parlé, c'est d'un article du 29 avril 2005. Donc, c'est depuis 2005 qu'on nous annonce des ruptures de services dans Portneuf. L'agence, à l'époque, a dit: Ça nous prend une dérogation. La Malbaie, ça a marché, ça a réglé le problème. Ça ne semble pas avoir été accordé pour Portneuf.

On s'est débrouillé en 2005. On arrive en 2006, 13, 14 juillet, on annonce des fermetures dans Portneuf. Le 16 juillet... J'ai le *Courrier de Portneuf*, là. La liste est assez longue des dates où il y a eu des fermetures annoncées d'urgences dans Portneuf. Et, le 30 juillet, le député de Portneuf a révélé qu'il avait une solution potentielle, c'était que son gouvernement diminue le nombre de médecins autorisés dans les hôpitaux de Québec pour aider une région comme Portneuf. Alors, les urgences débordent à Québec, on va enlever les médecins des urgences de Québec pour les amener dans Portneuf. Je pense qu'il est clair qu'on ne déshabillera pas Pierre pour habiller Paul, là. C'est un peu une solution un peu farfelue, très respectueusement, qui n'a pas tenu le coup, puisque même le ministère a dit: Ça n'a pas de sens, cette chose-là.

Mais j'ai un article, en juillet 2006, où on dit encore que, parmi les solutions envisagées, on propose que Portneuf puisse bénéficier d'une dérogation. A la mi-août, le ministre est arrivé dans Portneuf, il est allé devant les caméras puis il a dit: Réunissez-vous, je n'accepte pas les fermetures d'urgences. La réunion vient d'avoir lieu. Donc, il y a eu des fermetures d'urgences tout l'été. Qu'est-ce qui se passe avec les solutions qui sont identifiées par l'agence, c'est-à-dire dérogation, ou la solution envisagée par le député de Portneuf, qui est de déshabiller Pierre pour habiller Paul? Est-ce que ces solutions sont toujours valables, sur la table? Est-ce qu'il y a eu demande de dérogation et que ça a été accepté ou refusé? Comment ça s'est travaillé? Parce qu'il y avait une solution d'identifiée depuis deux ans.

Le Président (M. Paquin): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, par rapport aux demandes de dérogation, oui, il y en a eu, des dérogations acceptées, là, mais c'est plus à l'égard des médecins dépanneurs. Parce que, nous, notre région, la région de la Capitale-Nationale, on n'a pas accès aux médecins dépanneurs parce que c'est réservé aux régions. Puis avec raison, parce que, s'il fallait que, nous ou Montréal-Centre, on avait autorisation de prendre des médecins dépanneurs, on aurait des difficultés dans

nos autres régions. Puis, nous, à Québec, comme on travaille beaucoup en réseau — on le disait tout à l'heure — avec nos régions de l'est, bien on ne souhaiterait pas non plus, là, comme vous le dites, Mme Maltais, de déshabiller Jacques pour habiller Paul, là. Donc, on ne fera pas vivre ça à nos régions de l'est avec qui on travaille.

Donc ça, on est quand même allés, en situation d'urgence, demander ces dérogations-là de façon exceptionnelle. Cet été, ça s'est travaillé, je dirais, quasiment au quart à quart, là, quart de travail — pour faire un jeu de mots — par quart de travail. Ce que je vous avez dans l'hébro de Portneuf sur ce nombre de ruptures de services, il y en a un certain nombre qui ont été comblés finalement — à tous les jours, le Dr Racine, ici, travaillait à cette situation-là avec les gens de Portneuf — par des dépanneurs très exceptionnels, qu'on a eu comme situation. Parce que, pour nous, la vraie solution... Parce qu'aussi on a eu une dérogation d'un médecin, un nouveau facturant, à Portneuf. Ils l'ont recruté, ils l'ont maintenant en place.

● (11 h 10) ●

Mais la vraie solution, c'est plus la rétention. Même si, demain matin, là, on envoyait 22 médecins à Portneuf, si, après demain, il en ressort 18, on n'aura rien changé. Puis c'est ça que le rapport qu'on va vous donner va vous démontrer, là. C'est que la personne qui avait ce mandat-là a interviewé, médecin par médecin, tous les médecins qui ont passé à Portneuf dans les trois dernières années et qui n'y sont plus pour la plupart, parce qu'il y en a 22 sur le territoire, puis là on parle d'une soixantaine qui ont été interviewés. Donc, il faut trouver la solution ensemble, avec le territoire, sur l'aspect de la rétention de ces médecins-là parce que ça ne semble pas être un problème de dotation. À chaque fois qu'on dote, ça ne fait pas un an, six mois, le médecin est reparti pour la raison qu'on parlait, un petit peu, de proximité avec Québec.

Mais une des solutions qu'on a déjà envisagées et qu'on avait déposées au ministère, c'est de dire: Est-ce qu'on pourrait faire du territoire de Portneuf et de celui de Charlevoix, entre guillemets, une sous-région de celle de la Capitale-Nationale qui serait identifiée comme ayant un PREM, un plan d'effectifs médicaux à elle, et que les médecins ne pourraient pas, là... Dès qu'ils sont dans la région, dans l'ensemble de la région, six mois après, ils démissionnent, parce qu'ils sont déjà dans la région, pour rentrer dans un autre bureau, à Sainte-Foy ou ailleurs. Donc, c'est comme si on mettait un peu une clôture autour... Il y en a plusieurs... C'est un problème à plusieurs facettes de solution. Ça, c'en est une. On l'a mise sur la table.

Maintenant, je ne veux pas faire ce débat-là ici, là, mais il y a une situation d'organisation du travail aussi qui est en cause, qu'on voit dans ce rapport-là, qui est claire, et c'est cette partie-là que le comité de travail... Ce n'est pas un comité, en passant, là, technocratique, parce qu'on a pris une décision très claire, il y aura seulement deux réunions à ce comité de travail là. Et, pour utiliser une image, là, les portes vont presque être barrées pour, quand on va sortir, d'avoir des solutions avec le territoire, avec le terrain, avec les gens de là. C'est ce qu'on suggère. Mais effectivement il y a eu certaines ruptures de services, mais il y en a eu aussi qui ont été évitées.

Mme Maltais: ...oui, je vais lire le rapport sur les solutions, mais je voulais souligner que ça fait 16 mois que l'agence demande au ministère certains types de solutions, que ça a été très difficile et qu'il y a eu... il y en a eu moins, mais il y a eu des fermetures d'urgences, cet été. Puis, à la lecture des documents de soutien, dans votre entente de gestion, tout ce que vous nous avez fourni, j'ai remarqué en plus qu'il n'y a aucune cible ou indicateur pour les délais diagnostiques, et je pense particulièrement à l'attente pour les rendez-vous avec les spécialistes. Or, si on a réussi à éliminer les gens sur les listes d'attente hors médicalement acceptables, une partie, pas complètement, pas zéro, comme l'avait promis le gouvernement — il l'a abandonné, le ministre, hier — mais, s'il y a quand même une diminution, ça veut dire qu'il y a plus de temps passé en bloc opératoire. Or, depuis un bout de temps, je remarque les articles qui commencent à sortir: *Obtenir un rendez-vous, c'est comme gagner à la loterie; Les consultations en ophtalmo, en orthopédie, très en demande; Les rendez-vous difficiles à obtenir. J'en ai d'autres en neurochirurgie, j'en ai dans plusieurs domaines.*

Ce que je me demande — mais vraiment c'est une question que je me pose, là: Est-ce qu'en réglant un problème... une partie, parce que ce n'est pas réglé, mais en commençant à améliorer une situation, est-ce qu'on n'a pas un problème si on ne surveille pas l'amont? Et est-ce que finalement nos urgences qui débordent, ce n'est pas parce qu'il y a aussi des gens qui ne sont pas capables de voir de spécialistes, qu'il y a peut-être plus de temps avant d'avoir... qu'ils s'inquiètent, ils veulent voir un spécialiste, il y a des attentes de six mois, d'un an pour avoir un diagnostic puis qu'ils s'en vont à l'urgence parce qu'ils veulent voir un spécialiste, puis là on a des urgences qui débordent? Je ne voudrais pas extrapoler, mais je me rappelle que l'actuel gouvernement, quand il était dans l'opposition, nous disait: Bien, vous faites de la gestion par listes d'attente. Est-ce qu'on n'est pas rendu à faire de la gestion par les débordements d'urgences pour réussir à avoir des spécialistes?

M. Fontaine (Michel): M. le Président, par rapport à cette situation-là, on a mentionné tout à l'heure deux solutions, là. Quand on parle des cliniques-réseaux... puis je parlais aussi de la mise en place d'un module d'évaluation-liaison, le MEL, que j'ai appelé, là, pour la psychiatrie particulièrement, on est en train de le faire pour d'autres spécialités qui permettraient à des médecins omnipraticiens d'avoir un lien direct avec un certain nombre de spécialistes pour améliorer cette situation-là. Nos cliniques-réseaux aussi, je n'ai pas donné le détail, tout à l'heure, de tout ce que ce que ça comprend, mais ça comprend tout un groupe d'évaluation-liaison, infirmières pivots, etc., qui va permettre, là, de faire ce... je ne veux pas utiliser le mot «trriage» parce que ce n'est pas très joli, là, mais pour donner accès en direct à des patients qui seraient en attente, là, de façon déraisonnable.

Pour les services diagnostiques, vous avez raison, ça n'existe pas, des indicateurs de temps d'attente des services diagnostiques. Ce n'est pas parce qu'on n'a pas d'objectif, là, c'est parce que ça n'existe pas ni à Québec, ni nationalement, ni au Canada. C'est quelque chose que le ministère travaille actuellement pour nous donner des orientations à cet égard-là. Moi, je parle, là,

ici, comme la résonance magnétique, les échographies, etc. Nous, à Québec, on s'en est donné une série d'objectifs, par ailleurs. Parce que, vous avez vu tout à l'heure, dans votre graphique, vous aviez la résonance magnétique, on trouvait que ça n'avait plus de bon sens, il y a des gens qui attendaient jusqu'à quasiment un an et demi pour avoir une résonance magnétique. Nous, on a ramené ça à trois mois, à cette époque-là. On pense que, les principaux examens de nature très lourde comme ça, l'échographie, etc., on va probablement avoir une orientation bientôt qui va être... Parce que ça, ça prend des consensus médicaux aussi, il faut qu'il y ait des réunions de médecins qui disent, oui ou non: C'est dangereux pour la santé d'un individu de ne pas avoir eu son examen à tel moment. Nous, à ce moment-ci, on se donne une balise d'à peu près six mois, même si on n'a pas d'indicateurs officiels. Ça fait que, quand ces indicateurs-là vont tomber sur la table, on va être déjà prêts.

Mme Harel: Donc...

Mme Maltais: Veux-tu y aller là-dessus?

Mme Harel: Oui. Bien, très concrètement, là, suite à l'intervention de ma collègue de Taschereau, ici même, bon, dans la région de Québec, elle faisait état de la loterie pour avoir un rendez-vous en ophtalmo ou en orthopédie, mais je fais référence, là, à la radiochirurgie, en fait au fait que la liste d'attente pour voir un neuro-chirurgien pour une hernie discale est au-delà de six mois et que finalement les intervenants concernés, entre autres le Dr Cantin, là, faisaient valoir la nécessité d'avoir un appareil, ils disaient être toujours en attente d'un appareil de radiochirurgie. Peut-être avez-vous donné suite à cette demande-là.

Et avez-vous des cibles à l'égard finalement des rendez-vous qui souvent n'ont pas lieu? En radio-oncologie en particulier, certainement que l'ouverture du Centre de cancérologie de l'Hôtel-Dieu de Québec va pouvoir, disons, avoir un effet positif, mais je comprends que les cliniques externes n'ouvriront pas avant le mois de mai 2007, je pense, faute de budget suffisant. Alors, les travaux sont faits, les locaux tout neufs sont là, mais ils ne sont pas disponibles pour les cliniques externes. Est-ce que l'agence a l'intention de donner suite aux demandes qui sont faites, là, de...

M. Fontaine (Michel): M. le Président, pour ce qui est de la radio-oncologie, je le mentionnais tout à l'heure, on est en attente zéro, là. Le délai d'attente, c'est huit semaines, on a tout réussi à rentrer dans ces délais d'attente.

Pour ce qui est de la neuro, la radio... la chirurgie radiotoxique, dont l'équipement que vous parlez qu'on a obtenu, actuellement, c'est... C'est parce que ça, c'est un partenariat entre l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et l'Hôtel-Dieu de Québec. Donc, il y a deux installations à faire avec une console — là, je vous fais grâce du détail. C'est un équipement de 1,2 million de dollars que les deux directeurs généraux ont les lettres en main pour faire faire l'installation. Ils sont en appel d'offres actuellement. C'est des équipements assez sophistiqués. Et ça devrait être en place, je pense, Dr Racine, au mois de janvier. Alors ça, ça devrait régler cette situation-là qui est particulière, là.

Je vais juste faire un commentaire pour l'article du rendez-vous à la loterie, là. Parce que, nous, on fait toujours une revue de presse, nous autres aussi, là, puis, à chaque jour qu'on a un article comme ça, on fait un lien direct avec le directeur général de l'hôpital ou le directeur des services professionnels, le médecin qui s'occupe de ce dossier-là. Et ce qu'on nous a dit sur ce dossier-là, c'est que la loterie en question, là, ce n'est pas le fait qu'il n'y a pas de médecin pour avoir les rendez-vous, c'est la façon de donner un rendez-vous. C'est le capharnaüm, comme on dit. Tu sais, on appelle, et c'est: Pesez sur le 1, le 2. C'est plus cette situation-là. Et ça, c'était dans le CHUQ, puis actuellement le CHUQ est en appel d'offres pour régler la situation de toutes ces lignes téléphoniques de rendez-vous, uniformiser ça et mettre des vraies personnes aussi aux rendez-vous, pas des machines, répondeurs, là. Donc ça, c'est ce qu'on nous a dit, c'est qu'on a dit... Nous autres, ce qu'on disait, c'est: Est-ce que c'est le client qui n'a pas de rendez-vous ou si c'est la façon de réussir à avoir un rendez-vous, le mécanisme qui est défectueux? Et c'est là-dessus que le CHUQ s'est attaqué actuellement pour corriger cette situation-là.

● (11 h 20) ●

Mais, ceci étant dit, ça ne veut pas dire que les gens ont des rendez-vous automatiques. Ça aussi, M. le Président, on n'en a pas, d'indicateurs pour le fait d'obtenir un rendez-vous. Mais ce qu'il faut dire par contre, c'est que les médecins, eux, ont une responsabilité, que: dès qu'un client est vu, que ce soit un omnipraticien à référer à un spécialiste, si son état de santé est en danger si le rendez-vous est reporté éventuellement.

On a fait cette vérification dernièrement, parce que c'est plus facile maintenant, comme on a concentré l'ensemble de notre ophtalmologie à l'Hôpital du Saint-Sacrement, pour tous les délais d'attente, les personnes qui attendaient pour une chirurgie de la cataracte, pas pour avoir la chirurgie, mais pour voir un médecin. C'est exactement dans l'ordre que Mme Harel nous le demande. Et, dans ce contexte-là, l'Hôpital du Saint-Sacrement a pris en main de rencontrer tous ses médecins pour voir s'ils avaient dans leurs poches des demandes de rendez-vous puis que ce n'était pas capté à nulle part. Et la directrice générale adjointe nous a confirmé, il y a deux semaines, que tout le monde aurait son rendez-vous dans les trois prochains mois. Mais, une fois que c'est capté, on peut aider à la situation. Mais ce n'était pas connu, ces situations-là. Puis là-dessus, M. le Président, le Dr Racine peut compléter, qui est le directeur des affaires médicales, si vous le souhaitez.

Le Président (M. Copeman): Ça va, je pense. Alors, à ma droite, M. le député de Saint-Jean.

M. Paquin: M. le Président, merci. M. Fontaine, merci de votre présente, félicitations à vous et à toute votre équipe pour le travail extraordinaire que vous faites et que, j'en suis convaincu, vous avez l'intention de continuer encore de façon plus positive.

On parlait tantôt beaucoup, du côté de l'opposition, qu'il y avait une pénurie de médecins dans la région que vous desservez puis bien sûr un peu partout au Québec aussi. Est-ce que vous avez une idée de la quantité de médecins que la région que vous desservez a

perdus lorsque le gouvernement qui nous a précédés a forcé des médecins — 1 500 à travers tout le Québec, d'ailleurs — à prendre leur mise à la retraite de façon inacceptable? Est-ce que vous avez une idée du nombre de médecins que vous avez perdus à ce moment-là, dans la région de la Capitale?

M. Fontaine (Michel): Honnêtement, M. le Président, je n'ai pas cette statistique-là, parce que je pense que vous référez autour de 1998, moi, je n'étais pas à l'agence. Ça, c'est une recherche qu'il faudrait que je fasse faire si vous le souhaitez. Je n'ai pas cette donnée.

M. Paquin: Bien, M. le Président, si c'est possible, moi, j'apprécierais beaucoup avoir cette information-là dans les jours ou dans les semaines qui vont suivre. Si vous voulez la faire parvenir — si vous êtes d'accord, M. le Président — à la secrétaire de la commission. Je pense que c'est un important élément, là, de tout ce qui se discute aussi ce matin, mais... Oui.

M. Fontaine (Michel): Je peux peut-être donner une réponse indirecte, mais sans avoir cette statistique-là. Comme, nous, nous sommes une région attractive, tout comme Montréal, mais en même temps on fait attention pour ne pas dénuder nos régions, la résultante, elle, je n'ai pas cette statistique-là, mais aujourd'hui la résultante, c'est que tous nos postes sont couverts, donc on n'est pas dans ce problème-là, excepté pour la région de Portneuf. Tous les autres, je le disais tout à l'heure, ce qu'on appelle le plan régional des effectifs médicaux, on n'a pas de poste en découverte. Donc, on s'est sûrement repris par la situation que notre région est attractive, mais, ceci étant dit, ce n'est pas très intéressant probablement pour des régions qui auraient perdu à nos dépens des grands spécialistes, là, dans nos régions de l'est.

M. Paquin: Oui. Eh bien, je ne vous poserai pas la question, M. Fontaine, à savoir, bien entendu, quels sont les problèmes qui ont été causés par la perte de médecins de famille. Je dois comprendre qu'il y a très peu de médecins de famille dans la région de la Capitale. Il y a plusieurs facteurs à ça, bien entendu, mais le facteur que je viens de mentionner n'est sûrement pas indifférent à ça. Je ne vous poserai pas la question, en tout respect, à savoir jusqu'à quel point ça peut avoir causé des problèmes, mais je vais vous dire, vous mentionner avec beaucoup de fermeté que, le gouvernement dont j'ai l'honneur et le privilège de faire partie, on ne posera de geste semblable, on ne posera pas de geste... ce ne sera pas la façon qu'on va faire de faire forcer des mises à la retraite de médecins pour essayer de faire avancer le système. On va plutôt continuer dans le sens qu'on a fait, entre autres rouvrir au maximum la Faculté de médecine, chose qu'ils avaient faite en même temps, en 1998, qui avait été faite, que la Faculté de médecine avait été fermée, ou presque fermée. Je peux vous assurer que jamais on ne posera des gestes aussi honteux et aussi scandaleux.

Ceci étant dit, M. Fontaine, permettez-moi un peu de vous poser une question sur le nombre de personnes que vous desservez. On parle de 674 000 personnes dans la grande région de la Capitale-Nationale.

Est-ce que ce nombre a progressé dans les trois dernières années, et, si oui, à quelle hauteur, ou s'il est stabilisé?

M. Fontaine (Michel): M. le Président, la population est à peu près stable. Il y a trois ans, on parlait d'autour de 650 000 de population, maintenant 675 000. Je pense que, pour une région comme la nôtre, on peut presque parler de stabilité. Ça progresse un petit peu mais pas pour la peine, malgré qu'on a eu, dans les deux dernières années, un petit boum au niveau de l'obstétrique, ici, dans la région. On est passés de 5 400 accouchements à 6 800 cette année, avec une prévision de 7 200 l'an prochain. Donc, ça peut vous indiquer un petit peu. Effectivement, il y a une certaine progression, mais elle est quand même assez minime, là, pour une région importante comme la Capitale-Nationale.

Mais en même temps je vous disais que, notre région étant une région avec des hôpitaux universitaires, des centres universitaires, même sociaux, on est souvent en desserte pour le reste de l'Est du Québec. Donc, c'est là qu'on vous parlait qu'on montait même jusqu'à 1,2 million de population à desservir pour certaines surspécialités.

M. Paquin: Très bien. Vous avez, je pense, comme la majorité des centres de santé au Québec, des problèmes, vous, de la main-d'oeuvre spécialisée, infirmières, techniciens, etc. Et beaucoup de ce problème-là est causé, je pense, pour plusieurs raisons, entre autres une pénurie de main-d'oeuvre bien sûr due au fait que, exemple, lorsque les infirmières ou les techniciennes, etc., sont enceintes, ont des congés de maternité, laissent la place, due au fait aussi — et il y en a sûrement d'autres, et je vais vous demander de la mentionner — qu'il y a moins de personnel aussi qu'il y avait à cause justement — en partie, peut-être pas en totalité — de la fameuse mise à la retraite forcée qui avait été faite dans les années que vous avez mentionnées, 4 000 infirmières, entre autres, je pense, infirmiers.

Mais est-ce que vous avez un plan de match pour essayer de contrer ça? Je sais que ce n'est pas facile à court terme parce que bien sûr il faut qu'il y en ait plus sur le marché et, pour ça, il faut inciter les gens à aller dans ce domaine-là, les étudiants et les étudiantes. Mais est-ce que vous avez un plan de match à court terme pour au moins essayer d'atténuer ce facteur qui est très, très difficile à gérer?

M. Fontaine (Michel): Bien, M. le Président, effectivement, tantôt, quand j'arrivais un petit peu dans le «crunch» de la fin, on était rendus à parler de gestion de ressources humaines et on a été obligés d'accélérer un petit peu, mais, dans la région de la Capitale-Nationale, il y a une démarche avec l'ensemble de tous les établissements pour ce qu'on appelle une planification de main-d'oeuvre, une planification stratégique avec nos... parce qu'on a la chance d'avoir beaucoup de collègues ici et l'université, pour réussir à contrer les années que je vous parlais tout à l'heure, là, 2009, 2014, qui s'en viennent assez dramatiques. Oui, il y a un plan de match important à cet égard-là.

Et là aussi, si vous souhaitez avoir un petit peu plus de détails, j'ai avec... qui nous accompagne, M. Robert Garon, tout à l'heure que je vous disais qu'il était le directeur de la planification de main-d'oeuvre, des

ressources humaines, etc., il pourrait vous donner des détails, là, si M. le Président est d'accord.

M. Paquin: M. le Président, vous êtes d'accord que monsieur...

Le Président (M. Copeman): Bien sûr.

M. Paquin: Il est d'accord.

M. Fontaine (Michel): Alors, M. Garon, peut-être,,

Le Président (M. Copeman): En tout cas, je l'espère bien.

M. Fontaine (Michel): M. le Président, M. Garon va se joindre à la discussion pour donner le détail de notre planification de main-d'oeuvre, considérant qu'on a déjà une réponse, dans les années à venir, qu'on aura encore plus de difficultés qu'actuellement.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. Garon.

M. Garon (Robert): Alors, M. le Président, deux actions principales qu'on a entreprises depuis deux ans avec l'ensemble des établissements de la région. Une première, c'était de voir un peu plus loin nos besoins de main-d'oeuvre. On a bâti des outils de travail pour nous permettre de voir cinq ans d'avance quels sont nos besoins de main-d'oeuvre. On a terminé l'exercice en juin dernier. Chacun des établissements est en train de valider cet exercice-là auprès de leur personnel.

Ce qu'il est important de faire valoir aussi, c'est que, par le passé, les exercices de planification de main-d'oeuvre dans le réseau se sont beaucoup appuyés sur les mises à la retraite, alors qu'aujourd'hui, avec la modification du profil de main-d'oeuvre, il faut aussi tenir compte des éléments concernant la présence au travail. On a une modification importante dans la présence au travail de notre personnel, et, malgré qu'on veuille travailler du côté assurance salaire, etc., il reste qu'il va falloir qu'on s'ajuste au comportement de la main-d'oeuvre, qui est tout à fait nouveau.

Donc, on a en main actuellement une planification de main-d'oeuvre sur cinq ans qui nous fait voir que les années 2008, 2009 et 2014 vont être des années importantes où se conjuguent à la fois le phénomène de la retraite et le phénomène de l'absentéisme au travail sous deux formes particulières, la maladie, O.K., mais surtout la maternité parce que, lorsqu'on a une année d'embauche assez forte comme on a vécu au cours des deux dernières années, quatre ans plus tard c'est la maternité qui arrive, et il faut que les établissements soient en mesure de faire face à la situation de cette présence au travail là.

● (11 h 30) ●

Les autres travaux qu'on a entrepris, on a associé tout le réseau de l'éducation. Pour avoir travaillé dans d'autres régions, on est chanceux, dans la région de la Capitale-Nationale, de pouvoir compter sur autant de collègues et sur l'université. Donc, on a entrepris une démarche d'abord de sondage auprès de nos futurs travailleurs du réseau pour mieux comprendre qu'est-ce

qu'ils attendaient de leurs employeurs de demain. Et on est au travail pour établir une stratégie de main-d'oeuvre avec les collègues et l'Université Laval pour premièrement travailler sur l'attraction de la main-d'oeuvre, donc être capables de recruter très tôt au niveau scolaire cette main-d'oeuvre-là, de l'attirer dans les domaines de la santé, parce que de plus en plus on est en compétition avec d'autres domaines de l'économie au niveau du marché du travail. On travaille aussi avec les établissements, très fort, du côté de l'organisation du travail, pour que les milieux de travail se transforment et se rapprochent un peu plus de la demande de travail des jeunes travailleurs qui intègrent le marché du travail.

Donc, on travaille sur deux plans: raffiner notre lecture en termes de besoins de main-d'oeuvre, et ça, on l'a pas mal terminé; l'autre, c'est toute la stratégie de main-d'oeuvre avec l'éducation, où on va essayer de rapprocher ces deux grands réseaux là pour faire en sorte qu'on puisse le plus rapidement possible utiliser le potentiel de main-d'oeuvre qui est actuellement aux études. Parce qu'on sait que les jeunes, de plus en plus, ont le goût de faire à la fois un peu de travail, un peu d'études, de regarder comment on peut revoir les curriculums de formation et insérer plus rapidement aussi sur le marché du travail, faire un meilleur croisement de ces deux réseaux-là. Ça répondrait aux attentes des travailleurs de demain, suite au sondage qu'on a fait. Et normalement, d'ici le mois de novembre, on va être en mesure de sortir notre stratégie de main-d'oeuvre et de la faire connaître publiquement.

Une voix: ...rapidement?

Le Président (M. Copeman): Il reste du temps. Vous avez un collègue qui souhaite intervenir également. Alors, M. le député d'Orford.

M. Reid: Merci. M. Fontaine, vous nous avez laissés un petit peu sur notre appétit tantôt sur deux sujets. Et ce n'est pas nécessairement que je veux creuser ces sujets-là, mais l'exercice que nous faisons est un exercice de contrôle stratégique ou de contrôle de gestion, comme on voudra, de reddition de comptes, qui est basé généralement sur des données passées, etc. Et vous avez évidemment des projets qui sont appelés à corriger des situations ou à améliorer. Et il y a deux de ces projets-là...

Il y en a un — je voudrais commencer par le premier — qui concerne la question des cliniques-réseaux, où vous avez mentionné qu'il y avait là une bonification dont vous étiez prêts à parler dans les échanges. Alors, on peut en parler un peu. Mais, moi, ce qui m'intéresserait, comme dans le cas par la suite du problème des salles d'urgence en santé mentale, ce qui m'intéresserait, c'est de voir quels sont les moyens — et j'imagine que ça va être un exemple de ce que vous faites en général et de votre style de gestion — que vous utilisez pour vous assurer qu'on va aller vers cette destination-là que vous vous donnez dans un projet.

Alors, commençons peut-être par les cliniques-réseaux ou la clinique-réseau qui semble avoir des avantages bien décrits, je pense, dans votre texte, à la page 11, où on dit notamment: «Cette formule, qui permettra de couvrir une plage horaire plus importante

les soirs, les fins de semaine et les jours fériés, fournira à la population un meilleur accès aux services médicaux en omnipratique et en spécialité, ce qui aura aussi comme effet de diminuer l'engorgement dans les salles d'urgence.»

Ce qui m'intéresse plus, moi, c'est comment vous faites, comment vous allez faire ou comment vous faites déjà pour vous assurer qu'on va atteindre ces objectifs-là. Parce que je suis sûr que vous n'avez pas fait qu'écrire ça pour nous faire plaisir, vous avez aussi des choses très concrètes, et ça nous donne un peu l'idée de votre style de gestion dans l'agence de la Capitale-Nationale.

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, par rapport à ce dossier des cliniques-réseaux, naturellement, effectivement, on n'a pas pondu ça dans nos bureaux, là, il y a eu une démarche importante qui a été faite avec les deux grands territoires du Québec métro, là, Vieille Capitale, on en a parlé tantôt, c'est quand même 600 000 personnes, et Québec-Nord.

Les médecins, nous, on travaille avec une table centrale du DRMG, du Département régional de médecine générale, qui se déploie dans chacun de nos anciens territoires. On a gardé quand même les limites de petits territoires parce que, ça, c'est plus facile à travailler avec nos cliniques privées, etc., où toutes les tables du DRMG territoriales ont été rencontrées pour connaître d'abord leur intérêt à bonifier la formule puis aller encore plus loin pour justement prendre en charge ce qu'on appelle des clientèles orphelines, les clientèles qui sont atteintes de maladies vulnérables, qu'on parle, ou chroniques comme le diabète, MPOC, etc., comme je parlais tout à l'heure.

Donc, à partir de ce moment-là, avec eux, on a monté un modèle qu'on décrit un petit peu dans le contexte, et ce n'est pas un modèle théorique, là, c'est un modèle qui aura un module d'évaluation-liaison pour ces médecins-là. On sait comment c'est compliqué pour un médecin d'arriver, d'avoir dans son bureau — puis le Dr Racine pourra compléter, là — un client qui est atteint d'une maladie chronique et en même temps de ne pas avoir de filet autour. Lui, il est pris tout seul avec ça. Et la clinique-réseau vient bonifier toute cette offre de services là avec une équipe multidisciplinaire, une équipe d'évaluation qui aura le mandat de repositionner le client dans une grille réelle horaire et non dans le sans- rendez-vous, etc. Alors, c'est ce genre de dossier là.

On était en rencontre avec ces médecins-là encore dans les trois dernières semaines, à plusieurs reprises, avec nos directeurs généraux, cette semaine, pour implanter réellement une vraie clinique-réseau pour le... On pense, là, qu'on devrait être capables autour du 15 octobre. C'est une clinique qui va prendre charge de 50 000 de population en s'associant des... Ça peut être deux GMF ensemble, là, comme on le disait. Mais, pour la population, il faut que ce soit simple, il faut que ce soit transparent. On a demandé à ces cliniques-là de signer des ententes entre eux pour que les médecins de la clinique voisine aillent faire leur sans- rendez-vous quand c'est nécessaire, la fin de semaine, etc., dans la même clinique pour qu'on puisse l'annoncer au public.

Donc, il y a une série d'ententes à signer. Donc, c'est des choses très concrètes. On a un chargé de projet qui fait la démarche. Et on peut vous garantir, là, dès

aujourd'hui, qu'il y aura une clinique-réseau vers la mi-octobre, et les deux autres vont suivre, là, pour Noël, etc., jusqu'à concurrence de 10 cliniques, avec tous les travaux qui sont en cours. Si vous le souhaitez, et M. Fillion, qui s'occupe de cette coordination, et le Dr Racine sont dans ce dossier, ils peuvent vous donner quelques détails additionnels.

M. Reid: Bien, en fait, je voudrais peut-être compléter ma question en posant un peu la même question sur un autre sujet. Et je voulais vous demander, quand j'ai lu le rapport concernant... C'est à la page 22. On a dit, bon, qu'on n'avait pas réussi peut-être à diminuer la longueur, la durée du séjour au niveau psychiatrique. J'ai une réponse partielle, j'imagine, ce matin, dans les médias, là, parce que *Le Journal de Québec* dit qu'au mois d'août la réorganisation régionale des soins psychiatriques — que vous décrivez, je pense, à la page 22 — a eu des effets positifs sur la durée de séjour à l'urgence du CHUL. Et vous aviez donc trois éléments là-dedans, je pense: 25 lits supplémentaires, une urgence psychiatrique nouvelle à Saint-Sacrement et la désignation de l'Institut universitaire de santé mentale. Et on disait: «Le tout s'amorcera [...] cet automne.» Est-ce que les résultats sont déjà bons avant qu'on ait amorcé les choses ou... Et encore une fois ma question, c'est: Quel est le genre de suivi que vous faites une fois qu'on a mis en place ces systèmes-là qui ont nécessité, j'en suis sûr, beaucoup de coordination, par ailleurs?

Le Président (M. Copeman): Et ça va terminer l'échange à ma droite.

M. Fontaine (Michel): M. le Président, je dirais tout de suite d'emblée qu'il faut ajouter à ce que M. le député vient de dire que la partie qui est le module d'évaluation-liaison — on avait la question, tout à l'heure, de l'autre côté — c'est ça qui fait foi encore plus grand que les lits qu'on va mettre en place parce que ça, c'est en amont, c'est la possibilité d'avoir accès à un psychiatre répondant pour les omnipraticiens qui des fois... les clients deviennent tellement... ça prend tellement longtemps qu'ils deviennent en décompensation, puis c'est là qu'ils se ramassent à l'urgence. Donc ça, c'est notre première intervention qui est réelle. On a remis en place le MEL, qu'on appelle, là — excusez l'expression, parce qu'on est habitués à parler comme ça — c'est le module d'évaluation-liaison, qui donne la possibilité d'avoir accès à un psychiatre répondant.

Les actions concrètes... Parce que c'est intéressant, là, l'amont, là, puis la prévention qu'on fait, mais, dans les faits, on est pris avec ce problème-là depuis plusieurs années. Et ce que vous disiez tout à l'heure, la mise en place, ce n'est pas parce que les gens d'avance règlent le problème, même si on n'en a pas mis, c'est parce que c'est commencé, là, il y a une situation réelle de commencée. On a déjà 10 lits qu'on n'avait pas accès à l'Hôpital du Saint-Sacrement. Donc, cet été, ça a aidé énormément. On voit déjà des résultats spectaculaires, parce qu'on avait, en santé mentale, au CHUL — pour ceux qui suivent un petit peu notre site Internet par rapport à ça — on avait, règle générale, en moyenne, huit à 10 patients de plus de 48 heures à l'urgence psychiatrique du CHUL, la partie psychiatrique, et,

depuis le dernier mois, on est en moyenne à deux, trois, et notre objectif, c'est zéro. Donc, quand on va faire l'étape deux, d'ouvrir les autres lits à Saint-Sacrement, on pense que les échanges avec les psychiatres entre eux — parce qu'il y a toute une organisation de services aussi en arrière de ça — vont donner des résultats encore plus concrets. Mais tant mieux, là, si c'est déjà visible, on ne demandait pas mieux, c'est extraordinaire que ce soit déjà visible, mais ça devrait l'être encore plus dans les prochains mois. Je ne sais pas si vous voulez qu'on fasse compléter nos collègues.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, je dois aller à ma gauche, alors. Façon de parler. Moi, je suis bien heureux, mais... Mme la députée de Rimouski.

● (11 h 40) ●

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Bienvenue, messieurs. Je remarque que la présence féminine n'est pas très forte dans votre délégation. J'espère que ce n'est pas de même pour toute l'agence.

Mais, ceci étant dit, j'aimerais revenir sur toute la question des centres d'hébergement de longue durée. Vous n'êtes pas sans savoir qu'à l'intérieur des centres de soins de longue durée il y a une clientèle qui ne devrait pas être là, comme celle des personnes qui ont un handicap physique ou une maladie dégénérative comme la sclérose en plaques. Et là je ne veux pas m'étaler sur l'ampleur du problème, vous le connaissez sûrement.

Ce que je voudrais savoir: Est-ce que vous avez un relevé de tous vos établissements de soins de longue durée? Et savez-vous combien de personnes souffrent de handicaps physiques, alors que la majorité des autres cas, c'est une clientèle de personnes âgées ayant des problèmes cognitifs, hein, que ce soit l'Alzheimer ou la démence, etc.? Et là on oblige des personnes de 30 ans, de 50 ans, parce qu'ils ont la sclérose en plaques, parce qu'ils ont eu un accident, ACV ou autre, à vivre en soins de longue durée parce qu'il n'y a pas accès à des logements avec des services médicaux. Et j'aimerais savoir: Est-ce que vous avez le portrait, pour votre région, du nombre de personnes, puis du type de handicaps, puis de la durée de leur séjour chez vous?

M. Fontaine (Michel): M. le Président, sur les 3 500 à 3 800 patients qui sont dans nos centres d'hébergement de longue durée, nous en avons 288 qui sont ce qu'on appelle, nous, les adultes hébergés, qui sont en dessous de 65 ans. Je n'ai pas, aujourd'hui — mais on peut le faire, là, parce qu'on l'a, cette statistique-là — le détail des diagnostics. Mais je vous dirais que, de façon générale, la majorité de ces 288 là, c'est souvent des personnes complètement handicapées physiques suite à des accidents graves, donc il y a moyen de trouver une organisation de services différente, qu'on est en train de travailler actuellement, et, comme vous le disiez, la sclérose en plaques, etc.

Mme Charest (Rimouski): Vous allez nous envoyer les données un peu plus tard, à la commission, pour que tous les membres y aient accès?

M. Fontaine (Michel): Oui.

Mme Charest (Rimouski): Merci.

M. Fontaine (Michel): Oui. D'ailleurs, je peux peut-être ajouter — ça va aider à répondre à la question précédente de Mme Harel, si on fermait des lits de longue durée: Nous, on a utilisé, temporairement du moins, cet argumentaire-là, au ministère, en disant: Il faut sortir, dans notre ratio, ces lits-là parce que ce n'est pas des lits de patients... de personnes âgées en perte d'autonomie. Donc, on a, entre guillemets, là, eu gain de cause par rapport à ça.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. Fontaine. Et nous allons attendre vos données.

Maintenant, je m'adresserais directement au Dr Desbiens, qui est, si je comprends bien, le directeur de la santé publique chez vous. Il s'agit des hippodromes. Hein, vous savez que c'est un dossier que je surveille de très près, compte tenu de la problématique sociale qui est rattachée à tout le jeu pathologique et à cette dépendance que l'on connaît de plus en plus, répandue au Québec, surtout chez les jeunes et les moins jeunes. J'aimerais savoir...

Parce que vous n'êtes pas sans savoir non plus que Loto-Québec continue de faire son opération charme en allant rencontrer les conseillers municipaux des secteurs où sont les hippodromes pour les convaincre d'adhérer, hein, au projet qui est de transformer les hippodromes en salles de jeu, en casinos déguisés.

J'aimerais savoir où vous en êtes rendus dans l'étude de santé publique. Et qu'est-ce qui a fait qu'un directeur de santé publique a accepté, suite à la demande de ma collègue de Taschereau ainsi qu'à la mienne, de faire une étude de santé publique sur ça? Quels sont vos paramètres sociaux et d'ordre santé publique, là? Il y a plusieurs questions dans la même question.

M. Desbiens (François): Oui, mais ça va... Bien, disons que le pourquoi qu'on a décidé de faire une étude sur ce dossier, c'est que, lorsqu'on a eu la demande de la députée de regarder ce dossier-là, rapidement les gens de l'interne, chez nous, en lisant ce qui avait été publié et fait aussi, par rapport aux travaux que la DSP de la région de Montréal avait faits et des travaux à l'Institut national de santé publique, qui... effectivement, il y avait des problèmes de dépendance pour certaines populations qui jouaient au jeu et qu'à ce moment-là tout développement dans le jeu devait pouvoir être analysé dans une perspective de santé publique. Et on a répondu favorablement à la demande en disant qu'on allait regarder ce plan de développement de Loto-Québec. Depuis cette réponse-là, nous avons pris contact... Puis, quand je dis «nous», c'est que la région a un projet chez nous, mais on s'est aussi aperçus, en discutant avec d'autres directeurs de santé publique, que Loto-Québec avait aussi des projets dans d'autres régions du Québec.

Mme Charest (Rimouski): Trois-Rivières et Montréal.

M. Desbiens (François): C'est ça. Et l'Outaouais. Donc, on travaille collectivement, les quatre directions de santé publique, à analyser les projets de Loto-Québec. Et notre échéancier, c'est de pouvoir émettre un avis collectif pour les quatre régions et spécifique pour chacune des régions d'ici la fin décembre. Donc, je suis

un peu le porte-parole pour l'ensemble des directeurs de santé publique dans ce dossier. J'ai pris contact avec les autorités de Loto-Québec pour que je puisse recevoir de l'information qui me décrit des projets qu'ils ont de l'avant. Et nous allons analyser l'ensemble de la documentation ainsi que la littérature scientifique relativement à ce qu'elle dit sur ce genre de projets là et on va émettre nos recommandations quelque part d'ici la fin décembre.

Mme Charest (Rimouski): Est-ce que vous avez des données préliminaires qui peuvent nous informer sur quelle piste, là, vous êtes présentement, en termes... vers quoi vous vous dirigez, vers quel type d'avis, là?

M. Desbiens (François): Je ne pourrais pas vous dire vers quel type d'avis, mais on regarde un peu tout. On regarde autant l'élément réduction de l'offre que le type de machine qui va pouvoir être utilisée dans ces endroits-là, ainsi que toutes les questions de stratégie. Donc, c'est quelque chose de très global comme analyse que nos professionnels font. Mais pour l'instant je n'ai pas de conclusion préliminaire parce qu'on est juste au mode d'analyse et aussi de prendre connaissance de l'ensemble de l'information que Loto-Québec nous transmettra bientôt.

Mme Charest (Rimouski): Parce qu'en page 4 de votre document que vous avez remis à la commission vous décrivez les conditions socioéconomiques du territoire que vous desservez, entre autres en Basse-Ville, et, là où vous affirmez que les conditions socio-économiques sont moins favorables, il y a une incidence plus marquée pour les problèmes sociaux et de santé. Vous remarquez aussi qu'il y a un plus haut taux de signalement de jeunes à la DPJ, hein? Un 30 000... un 30 % de plus. Alors, je pense que ça, c'est très important. Ça touche surtout les secteurs de la Basse-Ville, Limoilou et Vanier. Et il y a aussi une présence d'une problématique de santé mentale plus importante sur ce territoire-là que sur l'ensemble du reste de votre territoire.

Alors, moi, j'ai toujours cette préoccupation parce que c'est connu que les joueurs pathologiques ont ce genre de problème d'ordre social, d'ordre économique, même et souvent de d'autres types de dépendance et, couplés à ça, souvent des problèmes qui dégénèrent en problèmes de santé mentale. Alors, ça me préoccupe. Mais je trouve que le temps est un peu long. J'aurais apprécié, si c'était possible, d'avoir les avis un petit peu plus rapidement. Je comprends, je sais c'est quoi, faire une étude de ce type-là, mais je ne sais pas s'il y aurait lieu, là, de voir avec vos collègues si... parce qu'en décembre ça va se perdre dans le brouhaha des fêtes de Noël. Alors, je ne suis pas sûre que... Et c'est un rapport qui est très attendu par la population, pas juste par des spécialistes de la question, parce que ça touche les gens, et les gens sont très préoccupés par cette question-là. Alors, je vous fais ce commentaire.

Mais je reviendrais sur une autre donnée qui touche toujours la dépendance au jeu pathologique, ça concerne le nombre de joueurs traités par les services spécialisés sur votre territoire. Ce que l'on constate, c'est que le résultat dépasse la cible et c'est une hausse du nombre de cas alors que la cible, elle a diminué comme

telle. Et ça, on voit ça à la page 22 de votre document. Alors, est-ce qu'il y a une tendance à la hausse en termes de joueurs pathologiques, enfin de ceux qui ont vraiment... qui sont déclarés comme dépendants au jeu sur votre territoire? Et j'aimerais savoir: Pour avoir accès aux services qui existent pour contrer le jeu, hein, les différents programmes, qu'ils soient donnés par des organismes communautaires ou autres, est-ce qu'il y a une liste d'attente? Et quelle est son importance, à cette liste d'attente là? C'est quoi, la liste d'attente?

M. Desbiens (François): Je vais prendre le premier, puis je vais, à l'intention de la présidence, transmettre la deuxième partie de la question à M. Jacques Fillion qui est responsable du dossier d'accès aux services pour ce genre de clientèle là.

Effectivement, lorsqu'on a fait l'analyse pour les ententes de gestion, on a observé, par l'établissement qui donne des services, une augmentation de la clientèle qui est desservie, mais je ne peux pas vous confirmer que cette tendance-là est présente depuis plusieurs années ni qu'elle va se continuer. C'est quelque chose qu'on a pris connaissance et qu'on a mis dans notre entente de gestion en termes de résultat et de bilan mais qu'on va aussi analyser dans l'avis qu'on fera d'ici le mois de décembre en termes de situation régionale, en fouillant davantage l'ensemble de ces informations-là. Donc, je ne peux pas vous confirmer ou vous infirmer qu'il y a une tendance à la hausse qui va se continuer ou pas. On a pris connaissance de cette information-là puis on va pouvoir la traiter d'ici l'automne. En ce qui concerne par ailleurs l'accessibilité aux services, je laisserais M. Fillion pouvoir y répondre.

M. Fillion (Jacques): Alors, très rapidement, concernant l'accessibilité aux services spécialisés, c'est sûr qu'on constate une augmentation de la demande qui est suivie par une augmentation, au cours des dernières années, de l'offre de services. Présentement, à l'heure où on se parle, on n'a pas de délai d'accès, on n'a pas de liste d'attente par rapport aux services spécialisés liés au jeu pathologique comme tel. Par ailleurs, comme le disait...

Mme Charest (Rimouski): Vous expliquez comment le fait qu'il n'y en a pas, de liste d'attente?

M. Fillion (Jacques): Bien, c'est qu'il y a eu...

• (11 h 50) •

Mme Charest (Rimouski): Parce que des fois il peut y en avoir une, mais elle n'est pas comptabilisée pour toutes sortes d'éléments ou de... qui font qu'on ne la comptabilise pas. Puis je ne vous accuse pas de rien, je veux juste comprendre. Est-ce qu'il y a des motifs...

M. Fillion (Jacques): C'est ça. C'est que la nuance peut-être qu'il faut amener, c'est que, l'offre de services au niveau des services spécialisés, là, la liste d'attente comme telle, on ne dénombre pas de liste d'attente. Par ailleurs, est-ce qu'il y a un accès fluide, facile à l'offre de services, tenant compte de l'évolution de la problématique? Ça, c'est un autre débat, là, c'est une autre question.

Il faut savoir aussi que les services spécifiques au niveau du jeu pathologique, c'est un service qui est

relativement nouveau, je dirais, dans l'offre globale de services. Donc, comme toute implantation de service nouveau, il y a sûrement une demande de services non connue présentement, il y a sûrement des besoins non exprimés, non connus, parce que l'accès aux services n'est peut-être pas suffisamment connu par la population, principalement au niveau des services spécialisés comme tels.

Mme Charest (Rimouski): O.K. J'aurais eu d'autres questions, mais je vais laisser ma collègue parce que...

Mme Harel: Je sais que vous poursuivrez. Moi, je devrai vous quitter.

Mais, compte tenu, là, de cet examen, cette reddition de comptes, là, comme disait le député d'Orford, qui est faite présentement, je veux simplement rappeler combien il faut être modeste dans les prévisions que l'on fait et des améliorations que l'on souhaite. Et je voudrais vous citer une déclaration que faisait le P.D.G. de l'agence, M. Fontaine, au journal *Le Soleil*. En entrevue au *Soleil*, M. Fontaine disait ceci, confirmait que, «dans le meilleur des scénarios, aucun patient n'attendrait plus que le "délai normal" à partir de l'été ou de l'automne 2004».

Alors, nous sommes donc en 2006, et il y a toujours 3 449 personnes de la région de la Capitale-Nationale en attente hors délai médicalement acceptable et dont la moitié le sont pour des chirurgies d'un jour. Et, comme il n'a pas du tout été question du virage ambulatoire ou d'équipements favorisant le virage ambulatoire dans l'ensemble de ce qui a été présenté par l'agence, je me demande si, à ce chapitre-là, puisqu'il n'y a rien qui a été énoncé, ni dans les tableaux que vous nous avez fournis, s'il vous semble que c'est toujours une priorité.

M. Fontaine (Michel): M. le Président, oui, c'est une priorité. Parce que justement, encore cette semaine, on travaillait avec nos directeurs des services professionnels pour ouvrir des salles d'opération additionnelles pour la chirurgie d'un jour, justement parce que les gens ne peuvent pas nous donner comme argumentaire: Bien, ça ne donne rien de faire ça parce qu'on n'a pas de lits. En chirurgie d'un jour, on n'a pas besoin de lits. Donc, ce qu'on a besoin, c'est des salles d'opération.

Quand j'ai fait cette déclaration, c'était très sincère. Puis je le ramène, à ce moment-là, dans le contexte où on était, là aussi, nous... on s'était même donné un objectif supplémentaire parce qu'on avait mis nos délais d'attente à trois mois plutôt qu'à six mois et on souhaitait vraiment les rencontrer. Mais entre-temps — puis, ça, c'est toujours des excuses, là, mais je vous les donne quand même — on a eu des problèmes par rapport au recrutement d'anesthésistes dans la région, puis ça, c'est connu autant à travers la province, là, mais, particulièrement, à un moment précis de notre démarche avec l'Hôpital Laval, particulièrement, on a eu des situations un peu particulières qui nous ont empêché d'atteindre cet objectif-là.

Mais, moi, je continuerais... Je ne voudrais pas non plus faire en sorte que d'être aussi modeste que de

ne pas faire de déclaration ferait en sorte qu'il n'y aurait plus de pression dans le système. Nous, on a aussi comme objectif de garder la pression. Moi, je débarque sur le terrain régulièrement et je dis aux gens: On va y arriver, continuellement. Puis souvent c'est ce qu'on veut vraiment, puis on a souvent un plan pour le faire, mais il arrive des écarts à l'occasion. Mais soyez assurés, là, que ce n'est pas par orgueil qu'on fait de telles déclarations, mais c'est pour les clients. Il faut garder de la pression dans le système pour y arriver. On veut y arriver.

Mme Harel: Croyez-vous qu'il y a de la pression dans le système avec les déclarations du ministre rapportées dans le journal *Le Soleil*, ce matin, à l'effet que c'était reporté à un prochain mandat, cet objectif?

M. Fontaine (Michel): C'était?

Mme Harel: C'était reporté à un prochain mandat, l'objectif de l'élimination des listes d'attente, des attentes.

M. Fontaine (Michel): Bien, moi, je pense qu'on vous le disait tout à l'heure, on est en démarche progressive de... Je pense qu'on a été humbles, tout à l'heure, en disant: On s'améliore tout le temps, puis c'est loin d'être la perfection. Mais j'ai l'impression aussi, du niveau politique, que c'est la même chose. Le fait qu'on est en amélioration, c'est encourageant. Mais j'espère qu'on ne laissera pas tomber la pression dans le système, parce qu'on a besoin de ça.

Mme Harel: Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Chers collègues, il reste 35 minutes, deux blocs, je vous propose, de 15 minutes, là, puis après ça quelques minutes peut-être pour des remarques finales, si ça vous convient. Ça va? Alors, M. Fontaine, vous avez... Je me suis inscrit, inquiétez-vous pas, chers collègues.

Une voix: On n'avait pas vu la liste.

Le Président (M. Copeman): Oui, je sais, mais je l'ai faite à 9 h 30, alors je suis bien patient.

M. Fontaine, lors de votre présentation, puis je ne vous tiendrai pas rigueur outre mesure, vous avez utilisé le terme «mégahôpitaux» pour les deux hôpitaux universitaires à Montréal. Ce n'est pas un terme qu'on aime beaucoup, nous, de la région de Montréal, ça dénote une certaine... en tout cas, il y a une certaine connotation à ça.

En termes de lits, j'ai fait des petites recherches, le projet de McGill, au nouveau campus Glen, est de 500 lits; le campus de la Montagne, qui existe et qui va continuer à exister, c'est 350 lits; pour un total de 850 lits. Celui du CHUM, le 1000 Saint-Denis, c'est 700 avec 300 lits conservés, autour de 1 000 lits. J'ai cru comprendre que le CHUQ, dans tous ses sites, a à peu près 1 000 lits. Alors, si on appelle les deux mégahôpitaux tels quels à Montréal, il faudrait commencer à appeler le CHUQ un mégahôpital aussi. Comme je vous dis, je ne vous tiendrai pas rigueur, là, mais, moi, je pense que...

Nous, on préfère en tout cas la terminologie «centres hospitaliers universitaires», et je suis sûr que vous en convenez avec moi, c'est plus approprié que le terme «mégahôpitaux».

J'ai une petite question pour vous, vous pouvez bien sûr réagir, mais j'ai une question pour vous au sujet de l'enveloppe régionale pour le maintien des actifs. Vous avez noté, à la page 27 de votre présentation, que cette enveloppe a augmenté de 400 % depuis 2002-2003, passant de tout près de 6 millions à 26 millions en 2005-2006. C'est un élément dont on n'entend pas beaucoup parler, maintien des actifs, ce n'est pas spectaculaire, on ne coupe pas de ruban, ainsi de suite. Mais pouvez-vous nous décrire les projets qui seront inscrits, qu'est-ce que ça va donner ou qu'est-ce que ça a donné, le fait d'avoir quadruplé cette enveloppe de maintien des actifs dans la région de la Capitale-Nationale?

M. Fontaine (Michel): M. le Président, peut-être, une petite réaction à mon terme «mégahôpitaux». J'aurais peut-être dû l'expliquer davantage, c'était plutôt en termes d'investissement que j'aurais peut-être... Parce qu'il y a une préoccupation à Québec puis dans les autres régions, on est très inquiets par rapport à la situation, là, des 2 à 3 milliards. Qu'est-ce que ça va donner pour l'ensemble des autres régions? Est-ce qu'il restera un morceau de gâteau à quelque part pour les autres? C'est plus ça qu'on exprime

Puis, si je vous l'exprime à cette commission... Nous, on est en réunion de forum des D.G., qu'on appelle, l'ensemble de nos D.G., à tous les mois, et c'est un sujet qui vient continuellement, ce qui est communément appelé la montréalisation des services de santé et services sociaux. C'était dans ce contexte-là. C'est sûr que le CHUQ, nous-mêmes, on l'appelle un mégahôpital ici, à Québec, ça fait qu'on n'est pas... C'est vrai que c'est gros, même des fois on trouve ça trop gros, parce que ce n'est pas si facile que ça, avoir un contrôle sur ces grands centres là. Mais, ceci étant dit...

Le Président (M. Copeman): ...que vous exprimez ces réserves à votre collègue, M. Levine, à Montréal.

M. Fontaine (Michel): Oui, oui, oui, absolument. Oui. Et on s'en parle régulièrement, là, à ce qu'on appelle le comité de gestion réseau, où sont les 15 P.D.G. de la province avec le sous-ministre.

Donc, si je reviens à votre question... D'ailleurs, on est très heureux de cette situation-là. On en avait bien, bien besoin. Et, pour ce qui est... Moi, j'ai l'ensemble des projets. On a déposé un dossier, au ministère, pour acceptation, pour le maintien des actifs. Mais je souhaiterais, si vous voulez, M. le Président, passer la parole à M. François Dion, qui est le directeur des immos, qui pourrait vous donner deux, trois grands coups de pinceau par rapport à ça, sans aller dans les détails. M. Dion.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. Dion.

M. Dion (François): Merci, M. le Président. En soi, le maintien des actifs, ce qu'on vise, c'est de s'assurer que les bâtisses demeurent adéquates pour dispenser des

services. Donc, tous les systèmes de ventilation, la réfection des toitures, tous ces éléments-là qui ont tardé au cours des dernières années, compte tenu du niveau d'investissement qu'on avait, bien ça nous permet d'avoir une meilleure planification, je dirais, à court et à moyen terme, de s'assurer que les bâtiments demeurent adéquats ou redeviennent adéquats comme tels. Alors, ce sont les principaux axes dans lesquels on...

Et encore là ce qu'il faut préciser, c'est qu'on était à 26 millions l'année passée et, cette année, on était rendus à 30 millions. Donc, avec ce niveau d'investissement, on va s'assurer que ces bâtiments vont demeurer de qualité et permettre d'avoir une meilleure accessibilité pour l'ensemble des gens qui viendront recevoir les services au niveau de la population.

● (12 heures) ●

Le Président (M. Copeman): Moi, je trouve que c'est important. Ce n'est pas un dossier qui est, si vous me permettez l'expression, très sexy, dans le sens que ça ne fait pas les manchettes, ça ne fait pas des conférences de presse, mais c'est important pour le maintien des bâtiments qui sont parfois, ici, dans la capitale nationale, à Montréal ou ailleurs, pas mal... pas mal vieux. Et ça prend beaucoup d'entretien, beaucoup de maintien. Alors, merci. Mme la députée de Chauveau, allez-y.

Mme Perreault: Oui. Merci, M. le Président. Vous l'aurez compris, on peut sortir mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce de Montréal, mais on ne sort pas Montréal de mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce.

Vous avez, tout à l'heure, M. Fontaine, abordé un sujet qui m'a vraiment accrochée, vous avez parlé... Quand on a parlé de l'accès aux médecins spécialistes, au fond, ce que j'ai compris de ce que vous nous avez dit: ce n'est pas un problème d'accessibilité, ce serait un problème d'organisation pour la prise de rendez-vous pour accéder à ces médecins spécialistes. Et ça, c'est une donnée qui est importante.

Parce que, dans toute la discussion qu'on a, et honnêtement on peut interpréter les listes d'attente, on peut discuter puis, je veux dire, je n'irais pas jusqu'à dire «faire de la politique» parce que je ne pense pas que c'est un dossier sur lequel on peut en faire parce que c'est trop important pour la population, mais il y a une évolution, je pense, au niveau de l'accessibilité qui est importante. Et je sens chez vous, et je le dis en toute sincérité, une volonté ferme de parvenir à une accessibilité qui soit acceptable ou en tout cas qui soit, je dirais, idéale. Peut-être pas idéale parce qu'on ne vit pas dans un monde idéal. Et on est loin du transfert des malades aux États-Unis pour aller se faire traiter. Je pense que ça a évolué, puis il faut le souligner parce que c'est une donnée qui est importante, puis aussi pour rassurer la population.

Donc, ce que j'ai envie de vous dire au fond, c'est que, quand on parle de listes d'attente... Moi, j'ai des gens avec qui je discute — parce que, les députés, on rencontre un paquet de gens — il y a des gens qui me disent: Dans les listes d'attente, il faut faire attention... Puis je ne veux pas dire diminuer parce que, les gens qui sont sur des listes d'attente, loin de moi l'idée de dire que ce n'est pas grave puis que... pas du tout, ce n'est pas ça que je veux faire. Mais, dans ces données-là, moi, je pense que c'est important de les ventiler, ces données-là,

pas juste pour nous faire plaisir à nous, politiciens, mais pour rassurer la population puis dire: Dans ces listes-là...

Par exemple, bon, il y a des gens qui me disent: Est-ce que c'est vrai, quelqu'un qui reporte une chirurgie... Il y a des gens qui reportent. Moi, j'ai des gens que je connais qui volontairement ont refusé d'entrer à l'hôpital quand on les a appelés et qui ont dit: Bien, moi, je ne peux pas être là parce que je suis à l'extérieur du pays. Parce qu'on ne parle pas toutes de chirurgies qui placent les gens entre la vie et la mort. Il faut faire attention à ça. Puis c'est une donnée qui est importante.

Est-ce qu'au Québec actuellement quelqu'un qui a le cancer, il est traité dans des délais acceptables? Ça, ça m'interpelle, moi, comme députée, puis ça interpelle la population. Est-ce que quelqu'un qui rentre à l'hôpital en crise cardiaque, est-ce qu'il est traité convenablement au Québec? Ça aussi, c'est une donnée qui est importante. Je veux dire, on a tous des gens qui sont rentrés à l'hôpital... Puis là on parle de drames humains, là. Puis il faut se ramener à l'essentiel aussi. Puis, moi, je pense que c'est important de le dire parce que, dans tout l'exercice qu'on fait, l'essentiel au fond, c'est qu'on traite convenablement les gens au Québec. Et, quand je dis convenablement: traitons les urgences. Et je suis d'accord pour dire avec mes collègues, l'ensemble de mes collègues, que, quand quelqu'un attend, il faut être empathique, il faut être sympathique à cette situation-là puis il faut faire en sorte qu'il soit traité dans des délais raisonnables.

Au fond, ce que je vous dis: Est-ce qu'on ventile ces listes d'attente là? Est-ce qu'on est capable de dire, par exemple... Est-ce que c'est acceptable, un délai... Moi, je veux voir un spécialiste, demain matin, pour un examen. Peut-être que je peux attendre deux mois puis que ça ne me pose pas de problème en vérité puis que je pourrais le dire. Comprenez-vous où est-ce que je veux en venir? Donc, moi, je trouve ça important de rassurer aussi la population. Puis je ne veux pas faire de politique, parce que c'est important, ça, c'est des données qui sont vraiment importantes. Alors, je veux vous entendre là-dessus.

M. Fontaine (Michel): M. le Président, je pense qu'on peut faire, tout en restant modeste, une déclaration qui est pour les urgences. Moi, avec tout le monitoring qu'on fait, je ne connais pas, moi, de situation où un patient qui devait être traité en urgence n'a pas été traité. Il peut y avoir une exception en quelque part dans la province, là, mais de façon globale ici, dans notre région...

Puis, moi, je dis toujours: Si ça arrive, dites-moi-le, cachez-le pas, puis on va aller voir qu'est-ce qui s'est passé, parce qu'on est trop équipés, à Québec, dans la région de la Capitale-Nationale, pour qu'un patient qui serait en situation d'urgence ne soit pas traité. Ça, c'est... En tout cas, à la connaissance que j'en ai puis les équipes ici aussi, on ne connaît pas cette situation. Je ne dis pas à travers la province, mais pour notre région, parce que je n'ai pas l'ensemble des données pour la province.

À votre question, pour les modalités d'accès, ce que vous mentionniez, on le faisait déjà pour la cardiologie tertiaire, la chirurgie cardiaque, etc., parce qu'on avait un mécanisme de gestion de listes d'attente centralisée. C'est plus facile, à ce moment-là. On le fait maintenant pour un cancer, pour la radio-oncologie.

Et les travaux qu'on mène actuellement avec le ministère, c'est de mettre en place, compte tenu de la loi qui est justement à l'ordre du jour ces jours-ci, d'accès à la chirurgie... de faire ça aussi pour l'ensemble des autres chirurgies ciblées. Et là on va avoir des gens spécifiques aux accès de listes d'attente, à la gestion des listes d'attente, et ces choses-là vont être captées maintenant. C'est-à-dire que, dans la démarche qu'on fait, un client, par exemple, qui dirait: Moi, c'est personnel, je ne veux pas être opéré maintenant...

Puis on voit ça souvent, hein? On a des exemples chez les professeurs, par exemple, qui sont appelés, puis ils disent: Bien, je pourrais-tu être appelé plutôt en juin?, ce n'est pas si urgent que ça. À titre d'exemple, un hallux valgus, des choses comme ça. Là, dans le mécanisme, ces gens-là vont être retirés de la liste d'attente parce que, là, dans ce contexte-là, ça nous amène un peu des fausses listes d'attente. Je ne dis pas que c'est la majeure de nos listes d'attente, mais il y en a effectivement. Puis on en a tous connu aussi, là. Même dans vos familles, ça arrive des fois des gens qui disent: J'ai été appelé puis je ne voulais pas y aller maintenant, ou il s'est passé de quoi dans leur vie puis ça ne leur tente plus. Mais ça, ce n'est pas vrai pour des cas urgents. Les cas urgents sont acceptés, sont faits séance tenante, là, de façon générale.

Donc, cette modalité d'accès qu'on travaille avec le ministère pour mettre en place dans chacun de nos hôpitaux va capter ces choses-là, maintenant. On l'avait déjà pour certaines spécialités, on l'aura pour l'ensemble, dans les prochains... du moins pour 2007-2008.

Mme Perreault: Juste un dernier commentaire. Je veux le rappeler parce que c'est important, puis je ne veux pas qu'on pense que je minimise, tu sais, l'importance pour quelqu'un qui attend d'être appelé par un hôpital, je sais que c'est important, puis je sais que c'est quelque chose qui est fondamental, et j'y crois moi-même, alors je voulais le préciser.

Puis je veux vous faire un dernier commentaire, en terminant. Je trouve que vous n'avez pas beaucoup de femmes dans votre équipe. Je voulais vous le dire parce que c'est... C'est un commentaire au fond qui vaut ce qu'il vaut, surtout que, vous l'avez dit tout à l'heure, le monde de la médecine va être appelé à être composé de très nombreuses femmes dans un très proche avenir parce que les facultés de médecine regorgent de femmes. Alors, peut-être que, dans quelques années, elles seront également très présentes au sein de nos conseils d'administration.

Alors, je veux vous remercier pour le travail que vous faites. Je le fais au nom de tous mes collègues et comme députée de la Capitale-Nationale. Je vous remercie sincèrement. Je vous invite à travailler encore très fort parce que c'est important pour la population. Et je veux vous dire que, nous, comme élus, je pense qu'on est aussi des partenaires avec vous dans cette poursuite qu'on a de rendre notre système de santé le mieux possible. Puis je vous rappelle juste qu'on a investi 4,2 milliards de dollars depuis qu'on est là. Merci.

M. Fontaine (Michel): M. le Président, je vous confirme qu'on n'a pas assez de femmes dans notre équipe de direction, mais ce n'est pas par mauvaise

volonté, on fait des concours publics, et c'est les situations qu'on vit. Mais, ceci étant dit, par exemple, ce n'est pas parce qu'on ne se préoccupe pas de la situation des femmes dans la région de Québec. Puis je pense qu'à cet égard-là on a un plan d'action très clair, un plan d'action régional par rapport à toutes les situations problématiques sur la santé des femmes et la violence faite aux femmes. Et j'ai l'impression — puis là aussi je veux être modeste — qu'on est comme une région aussi assez modèle à cet égard-là parce qu'on l'a fait avec les organismes femmes, l'Université Laval même qui nous a aidés à cerner toutes les problématiques qui étaient liées à l'égard de la santé des femmes, et là on a un plan de travail majeur à cet égard-là.

Mais je sais que vous ne m'avez pas posé cette question-là, mais c'est parce que ça m'a fait... vous m'avez... C'est comme dans l'annonce qu'on voit actuellement: la personne qui se demande quoi manger pour dîner, puis il lui arrive un flash, puis il se renverse, puis il va manger à un Subway, là. Ça m'a fait penser comment on fait beaucoup dans la région pour les groupes femmes, actuellement.

Le Président (M. Copeman): Alors, un dernier bloc de 15 minutes à ma gauche, après ça quelques minutes pour des remarques finales, puis ça va terminer l'exercice. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. D'abord, les journées en Commission des affaires sociales se suivent et sont assez étonnantes de ce temps-ci. Hier, le ministre de la Santé et des Services sociaux abandonnait la promesse électorale de réduire à zéro les listes d'attente hors médicalement acceptable. Aujourd'hui, la députée de Chauveau vient de dire qu'il faut abandonner l'idée de faire des campagnes électorales sur les listes d'attente, elle a dit: On ne devrait jamais faire — je la cite — de campagne électorale en prenant les listes d'attente. C'est bien ce que j'ai entendu...

Des voix: ...

● (12 h 10) ●

Mme Maltais: De politique. Campagne électorale... Alors, je pense qu'elle vient de renier sa dernière campagne électorale. C'est assez intéressant comme affirmation. Et j'avoue que, là, je suis d'accord avec la députée de Chauveau, ils n'auraient jamais dû faire ça.

Il y a trois sujets que je veux absolument aborder avec vous. Alors, on a seulement 15 minutes, ce serait le fun d'y aller en... C'est des questions assez simples, ce n'est pas des sujets à développement, là, c'est pour savoir où en sont rendus certains dossiers. Alors, si vous voulez, on peut y aller plus en questions-réponses, en essayant de... Un petit mot sur Rabaska, la DSP sera sûrement... j'aurais quelques questions pour le directeur de la santé publique, les urgences psychiatriques et le cas de l'Hôtel-Dieu et la Maison des naissances. Alors, si c'est possible, on va essayer de rouler là-dessus.

Rabaska. La Direction de la santé publique a émis une analyse qui a été amenée, je pense, à l'équipe de santé et environnement du ministère de la Santé et des Services sociaux et a considéré l'étude d'impact en

cours sur le projet Rabaska trop incomplète. Il y avait des questions sans réponse. Je vais citer des questions: qualité de l'eau souterraine, approvisionnement en eau potable, réglementation municipale en matière de nuisance et de bruit, mesures d'atténuation du bruit, installation septique du terminal, estimation de l'occurrence des collisions maritimes — enfin, il y en a beaucoup comme ça — conséquence du rayonnement thermique, aspects psychosociaux, plan d'urgence.

Est-ce qu'on pourrait avoir votre analyse complète? Parce que je sais qu'il y a une partie de l'analyse qui a été déposée, mais j'ai entendu que peut-être l'analyse complète n'était pas disponible. Alors, est-ce que les membres de la commission pourraient recevoir l'analyse complète assez rapidement? Et est-ce qu'il y a un problème? Est-ce qu'on peut avoir toute l'analyse?

M. Desbiens (François): Dans ce dossier-là, M. le Président, les deux régions concernées, Chaudière-Appalaches et Capitale-Nationale, nous avons travaillé ensemble, les deux directions de santé publique. On avait convenu, compte tenu que le projet était majoritairement en Chaudière-Appalaches, que c'est la DSP de Chaudière-Appalaches qui en avait le leadership, mais des professionnels de la direction ont travaillé... de chez nous, parce qu'il y a un impact sur l'île d'Orléans et autres selon les conséquences qu'il pourrait y avoir dans ce projet-là. Et le rapport que vous faites mention, c'est une analyse préliminaire des documents fournis par le promoteur, où on avait plein d'interrogations supplémentaires qu'on voulait que le promoteur puisse répondre, et vous en avez énuméré plusieurs.

Ça va me faire plaisir de pouvoir vous transmettre les réactions qu'on a pu globalement déposer, les deux directions. C'est un document qui est interne chez nous, qui a été transmis au ministère de la Santé et aux audiences, mais je ne l'ai pas avec moi. On pourrait vous transmettre ça. Mais le leadership est vraiment pris par la DSP de Chaudière-Appalaches, à laquelle, nous, on collabore.

Mme Maltais: Est-ce qu'en même temps on pourrait avoir les réponses aux questions du promoteur, qui devaient être déposées le... Je pense qu'on parlait du 10 août que vous auriez reçu les réponses du promoteur?

M. Desbiens (François): Je vais vérifier. Je vais vérifier si nous avons reçu les réponses.

Mme Maltais: Si vous les avez reçues. L'information qu'on a, c'est que, depuis le 10 août, vous auriez reçu les informations. Alors, est-ce qu'on pourrait avoir ça en même temps pour bien comprendre le dossier? Parce qu'il a évolué depuis, là.

M. Desbiens (François): C'est beau.

Mme Maltais: Concernant les urgences psychiatriques, évidemment je comprends qu'il y avait une situation difficile au CHUL, là, M. le président de la... M. Fontaine, et que c'était important, même s'il y a encore des problèmes, là, parce que c'est hier qu'on avait... Radio-Canada nous disait que, selon les chiffres dévoilés lundi soir au conseil d'administration, 24 % de

la clientèle en psychiatrie, à l'urgence du CHUL, demeure plus de 48 heures à l'urgence. Donc, je comprends qu'on ait voulu peut-être retravailler les urgences psychiatriques, même s'il n'est vraiment pas réglé, le cas du CHUL, là, il y a encore un problème.

Toutefois, on a parlé de la difficulté parfois de déshabiller Pierre en habillant Paul. À l'Hôtel-Dieu de Québec, il y a une clientèle concentrée en problèmes de santé mentale, c'est même dit dans votre document, en page 4, Limoilou—Basse-Ville—Vanier. Il y a une urgence psychiatrique à l'Hôtel-Dieu. Il y a déjà plusieurs lits de l'Hôtel-Dieu, je crois que c'est neuf, qui vont être déplacés, neuf ou 15. Et vous parlez, dans votre document, de première phase.

Moi, ce qu'on craint dans la région et dans mon comté, parce que c'est dans ma circonscription, c'est la fermeture de l'urgence psychiatrique de l'Hôtel-Dieu et des lits d'urgence psychiatrique. Or, les organismes communautaires craignent ça. Le gros bon sens, là, c'est: clientèle égale service. Puis là on a l'impression que vous allez à l'encontre du gros bon sens. Est-ce que vous allez conserver des lits de psychiatrie à l'Hôtel-Dieu?

M. Fontaine (Michel): Au moment où on se parle, je ne veux pas... M. le Président, je ne veux pas défilier la question, là, mais je n'ai pas la réponse parce qu'on a donné un mandat et les travaux ne sont pas finis. Il y avait une rencontre encore cette semaine, au Centre de santé de la Vieille Capitale, avec le CHUQ, incluant les organismes habituels du coin, Auberivière, Armée du salut et les organismes communautaires concernés, pour nous donner un avis final sur cette question-là, considérant qu'on pensait — puis on pourra corriger le tir si c'est le cas — qu'il n'y avait pas de nécessité du nombre de lits d'hospitalisation.

C'est pour ça que je parlais, dans le topo, tout à l'heure, que, quand on parle d'une organisation de services psychiatriques plus communautaires, ça ne veut pas dire gérés par les organismes communautaires, pas dans ce sens-là, mais qui se passent sur le terrain plus, avec un psychiatre répondant. Et ce modèle-là est en test actuellement, avec notre centre de santé, le CHUQ puis les organismes qui en discutent, pour voir si c'est vraiment le bon modèle. Et là-dessus, nous, on va s'ajuster en conséquence. On ne veut pas faire un dogme, dire que c'est...

La deuxième phase qu'on parlait, indépendamment des lits de l'Hôtel-Dieu — ça, ça n'a pas de lien — c'est qu'on va passer à la phase II pour ouvrir les lits de Saint-Sacrement. À la limite, on nous dirait: À l'Hôtel-Dieu, il faut garder l'ensemble de l'unité de soins — ce ne sera pas le cas, là, mais même je vais à la limite juste pour exposer ma réponse de façon plus explicite — on ouvrirait quand même nos 24 lits à Saint-Sacrement, on trouverait une autre solution de financement, parce qu'on a besoin absolument de rééquilibrer les trois urgences psychiatriques.

En passant, c'est important qu'on comprenne que, dans une urgence, indépendamment s'il y a une urgence psychiatrique, n'importe quel patient qui a un problème de psychiatrie peut se présenter là. Ce n'est pas la même chose d'avoir une urgence psychiatrique puis de pouvoir avoir accès à l'urgence même si on a un problème de santé psychiatrique. On le vit actuellement à l'Hôpital Saint-François-d'Assise, à l'Hôpital Laval.

Nos vraies urgences psychiatriques définies, avec des services, un psychiatre sur place directement et non en consultation, on en a juste deux à Québec, c'est l'urgence du CHUL puis de l'Enfant-Jésus. Et la troisième, ça va être Saint-Sacrement, dans le contexte de nos données, etc.

Maintenant, ce qu'on entend dans les données, qui sont partielles actuellement, c'est que nos lits d'hospitalisation ne desservent pas nécessairement la clientèle itinérante, ceux particulièrement avec des problèmes de santé mentale. C'est plus une organisation de services plus de services ambulatoires avec accès à la psychiatrie — donc, psychiatres et non omnipraticiens — qu'on nous dit qu'il faut mettre en place. Mais ça, je ne peux pas vous donner la réponse, puis je ne me défile pas, mais je ne l'ai pas. Les gens travaillent actuellement pour nous la donner en fonction d'un modèle qui serait intéressant pour le milieu de la haute-ville, basse-ville.

Mme Maltais: M. Fontaine, étant donné que le Dr Taillon disait, hier, qu'il y a... il a évoqué la possibilité de rupture de services, alors c'est pour ça que je m'inquiète. Vous comprendrez bien que cette clientèle-là est extrêmement fragile, et elle est très présente sur mon territoire, d'autant — et peut-être amèneriez-vous ça à vos réflexions, je suis sûre que les organismes communautaires vont vous en parler — que le programme IPAC, qui était financé par le fédéral, risque de disparaître, et, s'il n'est pas financé, ce sont des dizaines de travailleurs de rue ou communautaires qui sont sans soutien actuellement et qui pourraient disparaître. Alors, je vous invite à valider cette option de la disparition du programme IPAC sur les données que vous allez colliger. Si on perd du monde en plus, on va avoir des sérieux problèmes au centre-ville, et, croyez-moi, j'en vois les impacts immédiatement.

Deuxième chose, deuxième sujet... troisième sujet, plutôt, la Maison des naissances. Depuis l'annonce du Centre mère-enfant, l'Hôpital Saint-François-d'Assise sait qu'il aura les services de première ligne, les services populationnels, clientèle, directs. Et la Maison des naissances faisait partie de ce que doit être l'Hôpital Saint-François-d'Assise. Or, il y a un comité qui a commencé ses travaux le 28 février 2005 — j'ai suivi le dossier, vous le savez — et le projet devait prendre forme à la fin 2006. C'est toujours ce qu'on nous a dit. De plus, en 2005, on nous a appris qu'il y aurait l'embauche d'une sage-femme, et deux fois on nous a confirmé qu'il y avait embauche d'une sage-femme. Or, ce que j'ai appris, moi, hier, c'est que la sage-femme ne serait peut-être pas encore embauchée. Alors, je voudrais savoir si la sage-femme est embauchée.

Deuxièmement, qu'est-ce qui braque les médecins, actuellement? Qu'est-ce qui fait qu'ils n'ont pas encore signé? Je pense que c'est une question d'entente de pratique, là, pour agréer la présence de ces sages-femmes et de cette Maison des naissances. J'ai même oui-dire par un membre du conseil d'administration qu'ils étaient braqués à cause de la dernière négociation qui s'est transformée en queue de poisson avec un projet de loi spéciale et qu'ils étaient en colère. Donc, ils n'étaient pas ouverts à des négociations.

M. Fontaine (Michel): Bien, écoutez, M. le Président, on voyait ce matin que nos médecins

spécialistes, ils ne sont pas encore tout à fait de bonne humeur, mais ça, ça fait partie de la démarche en cours, mais ce n'est pas en lien vraiment avec notre Maison des naissances parce qu'on avait eu le refus de signer cette entente-là bien avant la loi spéciale. On était autour du mois de mars, je pense, où est-ce que l'Association des obstétriciens avait donné un avis à ses obstétriciens de Saint-François-d'Assise de ne pas aller de l'avant nécessairement dans ce dossier-là compte tenu qu'ils n'ont pas fini leurs négociations de délégation d'actes avec le Collège des médecins, etc. Donc ça, c'est comme un autre dossier.

● (12 h 20) ●

Mais, ceci étant dit, nous, en attendant, comme vous le disiez si bien, on a libéré quand même le financement. Même qu'à un moment donné on a eu un accroc, là. On avait passé, au conseil d'administration, un financement d'autour de 70 000 \$, je pense — puis ce n'était pas assez, quand on a révisé la situation — pour mettre en place au moins une première sage-femme qui irait faire ses accouchements à la Maison Mimosa, à Saint-Romuald, mais qui ferait ses suivis ici, à Québec. Donc, elle avait besoin d'une autre infrastructure que, nous, on n'avait pas prévue à ce moment-là. Et on a réglé ça pour augmenter le financement. Là, on est autour de 160 000 \$ qu'on a accordés.

Maintenant, on a aussi eu du centre de santé le rapport de l'appel d'offres pour embaucher une sage-femme. Si elle n'est pas embauchée, je ne sais pas pourquoi, je vais vérifier, là, parce qu'on a vu passer l'affichage, et tout. Je ne sais pas ce qui se serait passé dans les circonstances. Si elle n'est pas embauchée actuellement, ce n'est pas normal. On va vérifier ça. Mais ils ont tout ce qu'il faut pour le levier, etc.

Pour le lieu physique, bien, ça, je ne veux pas faire de spéculation immobilière parce qu'on est à notre troisième offre de projet d'offre pour acheter une maison de naissances toujours dans le même environnement qu'on connaît et on doit avoir une réponse, là, si on ne l'a pas déjà, au niveau des immos, cette semaine. Ça fait qu'on pourra vous faire suivre si on peut aller de l'avant, oui ou non.

Mais, ceci étant dit, si on peut aller de l'avant avec le lieu physique, ce qu'on attend comme entente... Nous, on peut quand même faire un «move», là, au niveau de la maison des sages-femmes parce qu'en tout temps — puis ça, les médecins ne contestent pas ça — s'il y avait une situation, à la Maison des naissances, d'urgence, la patiente est transférée en face, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise, et il n'y a pas un médecin qui peut refuser de traiter cette patiente-là. L'entente qu'on recherche, là, il y a plus, entre guillemets, de «fine tuning» que ça, là, c'est plutôt une association avec les obstétriciens, et ça, cette partie-là, elle n'est pas réglée, là.

Mme Maltais: M. Fontaine, pour information pour les membres de la commission, là, on est rendu à quelle date à peu près d'ouverture, là? C'est sûr que ce ne sera pas décembre 2006. Alors, quelle est la nouvelle date d'ouverture de la Maison des naissances?

M. Fontaine (Michel): C'est en lien direct avec la réponse qu'on va avoir cette semaine. Si on avait une

réponse positive, on parle d'à peu près six mois de travaux. Si on a une réponse négative, il faut recommencer encore, aller en offre. On ne peut pas ouvrir ça public parce que, là, il y a une spéculation. Sachant que le secteur public est en démarche, les coûts montent rapidement.

Mme Maltais: D'accord. Donc, si vous avez une réponse positive, ouverture dans six mois ou fin des travaux? Mais on ne sait pas encore à cause de l'entente.

M. Fontaine (Michel): Fin des travaux.

Mme Maltais: Fin des travaux. Mais l'entente... À côté, parallèlement, il y a le délai de l'entente, là, la signature de l'entente avec les médecins.

M. Fontaine (Michel): Oui, mais, comme je vous disais, ça, ça n'empêcherait pas de pouvoir faire fonctionner...

Mme Maltais: L'ouverture, de fonctionner. O.K.

M. Fontaine (Michel): Oui. Mais c'est juste la situation où la sage-femme elle-même irait accoucher à l'Hôpital Saint-François-d'Assise. C'est cette partie-là de l'entente qu'on travaille. Mais, ceci étant dit, dans la Maison des naissances, elle, elle est autonome, elle peut accoucher là. Si elle a une situation problématique, on prend une ambulance puis on transfère à l'hôpital, puis je verrais mal un obstétricien refuser de traiter une patiente, là.

Mme Maltais: Avez-vous les budgets pour l'ouverture?

M. Fontaine (Michel): On est en négociation.

Mme Maltais: Vous n'avez pas les budgets encore, actuellement.

M. Fontaine (Michel): On en a une partie en réserve puis on travaille pour avoir la deuxième partie.

Mme Maltais: O.K.

M. Fontaine (Michel): Vous voyez, on a déjà mis 160 000 \$ sur la table, là.

Mme Maltais: Je pense que c'est 800 000 \$, le budget de fonctionnement, hein?

M. Fontaine (Michel): Oui.

Mme Maltais: Bon, d'accord.

M. Fontaine (Michel): 900 000 \$ plus particulièrement.

Mme Maltais: 900 000 \$, on est rendu à 900 000 \$, puis vous êtes à 160 000 \$.

M. Fontaine (Michel): Il y a une indexation, hein?

Mme Maltais: Oui, il y a... Une petite chose. Vous nous donnez les chiffres sur quatre ans de budget d'immobilisations: 210 millions dans les quatre dernières années. Est-ce que ce serait possible, pour les fins de la commission, de les avoir par année, 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, s'il vous plaît? Simplement nous les envoyer à la commission, là, pour fins de... pour l'avenir.

M. Fontaine (Michel): Très facile.

Mme Maltais: O.K. Dernière chose. Je sais que le sujet de l'Hôtel-Dieu, notre mégahôpital à nous, à écouter le député de Notre-Dame-de-Grâce, mais qui est en fait un seul hôpital, alors le projet de rénovation de l'Hôtel-Dieu est un projet de 250 millions environ. Le ministre a dit qu'il était favorable. Le premier ministre est venu en parler dans un discours, mais jamais je n'ai su décoder. Est-ce qu'il y a eu une lettre d'entente ou est-ce qu'il y a quelque approbation ministérielle qui soit arrivée à l'agence? Est-ce qu'il y a quoi que ce soit de document, d'écrit qui indique que le ministère a agréé le projet?

M. Fontaine (Michel): Bien, il y a une façon qu'on peut se dire oui en... pas complètement mais dans le sens qu'on a une lettre officielle du sous-ministre pour aller en plan fonctionnel et technique, qui est en cours actuellement à l'Hôtel-Dieu. Normalement, dans la nouvelle démarche pour faire des plans fonctionnels et techniques qu'on a eue avec le ministère, c'est que, quand le ministère a agréé avec nous au départ qu'on peut aller en plan fonctionnel et technique, il y a beaucoup de chances que par la suite, là, à moins qu'on ait des choses extravagantes, le projet soit accepté. Mais c'est normal parce que c'est des étapes. Et on ne peut pas aller en C.T. sans avoir un plan fonctionnel et technique. On ne pourrait pas l'avoir, même si on voulait l'avoir au moment où on se parle.

Mme Maltais: Dernière question: Est-ce que ce projet va être en mode conventionnel ou s'il y a eu quelque avis que ce soit que ça pourrait aller en PPP?

M. Fontaine (Michel): Au moment où on se parle, nous, on a toujours été en mode conventionnel. Il n'y a aucune autre indication. C'est quelque chose que je ne connaîtrais pas, là, si c'est le cas.

Mme Maltais: Merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Je ne sais pas si vous souhaitez faire des brèves remarques finales, Mme la députée, une minute ou deux, comme vous voulez.

Mme Maltais: Écoutez, simplement, d'abord, remercier les gens de l'agence, qui sont toujours... Ce sont des gens qui travaillent très fort pour la région, qui sont extrêmement transparents. J'aime beaucoup travailler avec eux. Je pense que tous les députés de la région, puis la députée de Chauveau n'est plus là, mais... Je n'aurais pas dû le dire, je m'excuse. Mais je parle en son nom. C'est les deux dernières minutes. Il faut l'excuser, ce sont les deux dernières minutes. Je viens de faire une faute. Alors, en son nom aussi — parce qu'elle n'aura peut-être pas le temps de parole — je vais vous

dire que vous collaborez très bien avec les députés de la région, on a l'information, vous travaillez bien.

Il y a une amélioration, mais 3 500 personnes en liste d'attente hors médicalement acceptable, je pense que vous avez raison de vouloir conserver la pression parce que c'est encore non acceptable. Alors ça... Je remarque aussi, puis j'ai soulevé le point à plusieurs reprises, qu'on n'a aucune idée de l'impact en amont des mesures prises pour abaisser ces listes d'attente, et je vous invite à être vigilants, vigilantes. J'ai compris que vous commencez à y réfléchir. Mais actuellement ce qu'on sent sur le terrain, c'est qu'il y a un impact ailleurs et que ça commence à être de plus en plus difficile d'aller voir des spécialistes, ce qui peut-être explique peut-être un petit peu — mais là c'est vraiment une hypothèse, là — le débordement des urgences, parce que, même si on est traité en urgence, si ça nous prend un an avant de voir un spécialiste, bien, après neuf mois d'attente, on s'en va à l'urgence parce que, là, on est rendu un cas d'urgence. Alors, c'est lié, tout cela, comme vous nous le répétez souvent, d'ailleurs. Alors, voilà.

Quant à Loto-Québec, je veux dire au directeur de la santé publique que le rouleau compresseur est en route et que... Il est très clair, ils ont dit aux conseillers municipaux de Limoilou, de l'arrondissement, qu'ils n'avaient pas l'intention d'attendre les résultats de l'étude de santé publique. Alors, il y a un débat à faire sur le rouleau compresseur qu'est Loto-Québec dans ce dossier-là.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée de Taschereau. Mme la députée de Pontiac et adjointe parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Je veux d'abord vous remercier. Cet exercice de transparence n'est pas toujours facile, ça vous demande beaucoup de temps, et d'énergie, et de préparer, et de vous déplacer pour venir nous parler de vos réalisations. Je sais le travail que font les agences, pour avoir oeuvré dans le domaine de la santé, les 25 dernières années.

Je pense que l'objectif et la déclaration que vous avez faite en 2004 tiennent toujours. Il m'apparaît important de ne pas avoir peur d'essayer par des moyens de pression très subtils de viser l'excellence. Et, je pense, à vous écouter et à regarder un peu votre façon de déposer votre bilan, on sent que votre équipe vise à avoir cette excellence et à essayer de régler le problème des listes d'attente.

Pour avoir siégé avec le ministre, hier, toute la journée, en commission, je suis surprise aujourd'hui qu'on utilise ce qu'il y a dans les journaux en disant qu'il a abandonné. D'aucune façon, je n'ai entendu le ministre dire qu'il abandonnait le règlement des listes d'attente. Ce que j'ai cependant entendu dire, c'est qu'il était très respectueux de la capacité des établissements et des agences d'arriver à une solution listes d'attente zéro, et ça, je pense que c'est à souligner. On pourrait décréter que demain il n'y a plus de liste d'attente, mais je pense qu'il faut laisser aussi le temps aux établissements d'y arriver. Et je trouvais que c'était important de souligner que d'aucune façon le ministre de la Santé n'a renié l'objectif de régler le problème des listes d'attente.

● (12 h 30) ●

Je tiens de nouveau à vous remercier et je souscris aux paroles de la collègue. À entendre les commentaires de collègues de Québec, vous êtes une agence très disponible, et d'aucune façon on n'entend dire: On ne peut pas avoir tel renseignement ou tel renseignement, et c'est à votre honneur. Je tiens à vous remercier, M. Fontaine et vos collègues, de l'excellent travail. Merci.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Fontaine, en mon nom et au nom de tous les membres de la commission, je vous remercie beaucoup, vous et votre équipe, M. Desbiens, M. Racine, M. Fillion, M. Garon, M. Dion, en arrière, merci beaucoup à toute l'équipe de l'agence de la Capitale nationale de s'être prêtée à cet exercice de contrôle parlementaire très important pour les élus et pour la population. Merci beaucoup.

Je suspends les travaux de la commission jusqu'à 14 heures afin d'effectuer un autre mandat dans la salle Papineau. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 31)

(Reprise à 14 h 8)

Consultations particulières sur le projet de loi n° 33

Le Président (M. Paquin): Eh bien, chers collègues, mesdames messieurs, bonjour. Je constate le quorum.

Donc, la Commission des affaires sociales est réunie afin de poursuivre ses consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 33, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

Pour le bon usage du fonctionnement de la commission et pour éviter de déranger les personnes qui y participent, je vous mentionne que l'usage des cellulaires est défendu dans cette salle. Donc, si vous avez des cellulaires, je vous invite à les mettre hors tension, s'il vous plaît.

Mme la Présidente, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Paquin): Merci, Mme la secrétaire. Donc, je vous rappelle l'ordre du jour pour cet après-midi. Dans un premier temps, nous allons, dans quelques secondes, recevoir le Collège des médecins du Québec; par la suite, vers 15 heures, le Conseil de la protection des malades; 16 heures, si tout va comme convenu, et nous l'espérons, ça va être la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; et enfin nous allons terminer avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Donc, nous recevons maintenant les représentants du Collège des médecins du Québec. Je vous rappelle le fonctionnement, un peu, de la commission. Nous passons une heure pour discuter sur votre mémoire: 20 minutes, dans un premier temps, pour faire la part de votre mémoire; par la suite, 20 minutes de discussion avec le ministre et du

côté ministériel; et on termine le tout avec 20 minutes du côté de l'opposition.

Je crois que c'est M. Yves Lamontagne qui va faire la présentation. Ça fait que, M. Lamontagne, si vous voulez bien présenter la personne...

● (14 h 10) ●

Une voix: ...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lamontagne (Yves): On est plogués comme vous.

Le Président (M. Paquin): Ah oui, oui, on est en affaires, on est en affaires. Donc, M. Lamontagne, si vous voulez bien nous présenter la personne qui vous accompagne, et on vous écoute par la suite pour votre mémoire.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

M. Lamontagne (Yves): Merci, M. le Président. Je vous présente le Dr Robert, qui est le directeur général et secrétaire général du Collège des médecins du Québec.

Alors, M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les parlementaires, bonjour. Je vous dirais qu'avant d'aborder le projet de loi lui-même permettez-nous d'exprimer certains commentaires généraux.

Le premier, c'est qu'on doit vous dire, comme premier commentaire général, que le Collège des médecins est déçu du projet de loi. Selon nous, le projet de loi ne reflète pas l'ampleur des discussions qui ont eu cours en commission parlementaire sur le livre blanc déposé au printemps et qui visaient à trouver des solutions au problème d'accessibilité des soins.

La question du financement, qui a été considérée par tous, y compris dans le livre blanc, comme un élément crucial du problème d'accessibilité, a été tout simplement évacuée. Elle devra inévitablement être abordée de nouveau.

L'autre élément important du débat, soit la place du privé dans un système public de santé, bien celui-ci est traité de façon étonnamment superficielle dans le projet de loi que vous soumettez à notre attention.

On constate également qu'une importance démesurée est accordée à la mise en place d'un mécanisme de gestion des listes d'attente, alors que celles-ci ne sont en fait que le symptôme d'un malaise plus profond de notre système de soins. Par analogie, le projet de loi propose de mieux contrôler la fièvre du patient sans s'attaquer, nous semble-t-il, à la gangrène qui en est la cause et qui menace sa survie.

Notre deuxième commentaire général touche la collaboration des médecins et du Collège des médecins du Québec. Toute solution qui vise à améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés ne pourra se faire sans la collaboration de tous, en particulier des médecins. Nous pouvons vous assurer que tous les médecins sont soucieux d'offrir les meilleurs soins possible à leurs patients. Cependant, à leur point de vue, la solution ne réside certainement pas dans la multiplication de mesures administratives et bureaucratiques comme celles qui sont proposées dans le projet de loi.

Nous pouvons également vous assurer que les médecins veulent collaborer au système public de santé. Cependant, l'intégration de ressources privées à un système public représente un défi majeur et complexe qui ne peut reposer sur les seules épaules des médecins, comme le projet de loi le laisse entendre.

Notre troisième commentaire concerne le rôle qu'on semble vouloir faire jouer au Collège des médecins du Québec dans la régulation et l'harmonisation des services privés et publics du système de santé. Le collège réaffirme que l'État doit demeurer responsable de la planification et de l'organisation générale du système de santé. L'État doit donc établir les règles du jeu entre les cliniques médicales spécialisées ou affiliées et le réseau public. Ces règles doivent être claires pour tous et transparentes.

Par contre, le Collège des médecins du Québec n'est pas et ne saurait être le régulateur des rapports commerciaux pouvant exister entre des ressources privées et un système public de soins, par le biais de la déontologie professionnelle, par exemple. L'intégration d'une offre de services médicaux privés dans le système public de soins au Québec et la régulation des rapports d'affaires que cela implique ne relèvent pas d'un ordre professionnel mais bien de l'État.

La première mission du Collège des médecins, comme tout ordre professionnel d'ailleurs, est décrite dans le Code des professions. Elle vise à protéger le public en assurant la qualité de la pratique professionnelle de ses membres. À cet égard, le collège est soucieux de protéger l'indépendance professionnelle de ses membres. Comme vous le savez, cette question a été abondamment discutée dans l'actualité, au cours des derniers mois. Le collège a même adopté, cette année, des modifications au Code de déontologie des médecins pour clarifier des modalités permettant de préserver cette indépendance professionnelle dans le cadre de relations commerciales avec des tiers. Nous sommes donc surpris de lire certaines dispositions du projet de loi qui sont de nature à relancer le débat sur les conflits d'intérêts. Nous reviendrons sur ces points, en particulier en ce qui a trait à la propriété des centres médicaux spécialisés.

Sur ce dernier point, il n'est pas inutile de rappeler que le collège a adopté un règlement sur l'incorporation de ses membres, fixant les règles permettant au médecin de concilier des intérêts corporatifs ou associatifs dans le respect de ses obligations déontologiques. Plusieurs des propositions du projet de loi présupposent l'adoption de ce règlement qui, depuis un peu plus de deux ans, est toujours en attente d'adoption par le gouvernement.

Alors, maintenant, abordons, si vous voulez, trois thèmes du projet de loi. Le premier, c'est l'encadrement juridique des centres médicaux spécialisés et des cliniques médicales associées. En rapport avec les centres médicaux spécialisés, où, si nous comprenons bien les intentions du ministre, exerceront surtout des médecins non participants, il nous apparaît que l'État doit s'assurer des quatre éléments suivants: premièrement, la crédibilité des promoteurs; deuxièmement, la solidité financière des promoteurs; troisièmement, l'assurance de la protection de l'indépendance professionnelle des médecins qui y exerceront; et, quatrièmement, enfin, la séparation des décisions d'affaires et des décisions cliniques.

Alors, analysons les articles qui touchent les centres médicaux spécialisés à la lumière de ces responsabilités. Rappelons d'abord que l'objectif poursuivi est d'augmenter l'accès aux soins pour les patients. Pour ce faire, les professionnels de la santé, et les médecins en particulier, aspirent avant tout à des conditions de travail valorisantes et stimulantes, à l'utilisation d'équipements et d'infrastructures de qualité et à une organisation du travail simple et efficace dans le but de donner le meilleur service possible aux citoyens.

Article 333.1. Le premier alinéa de cet article, qui définit le terme «centre médical spécialisé», soulève la question de l'inclusion ou de l'exclusion des interventions liées à l'investigation de la condition — comme, par exemple, la radiologie diagnostique — qu'il faudra préciser.

Le deuxième alinéa soulève des interrogations quant à la clarification de la durée d'hébergement requise par le traitement chirurgical et de ce qui est couvert à ce sujet par la loi fédérale. Où s'arrête la responsabilité du centre médical spécialisé dans l'investigation préopératoire, la surveillance et le suivi postopératoire? Cela reste à préciser. En ce qui concerne l'arthroplastie, par exemple, on ne mentionne que la prothèse totale de la hanche et du genou. Est-ce qu'une intervention autre qu'une prothèse totale devrait être assumée par le patient? N'y aurait-il pas là d'ailleurs un incitatif à favoriser ainsi les prothèses totales d'articulation?

Le troisième alinéa mentionne qu'avant que le ministre adopte le règlement en application du premier alinéa, celui-ci doit consulter le Collège des médecins du Québec. Nous souhaiterions valider le fait que cette consultation portera principalement sur la nature du traitement spécialisé pouvant être offert dans un centre médical spécialisé. Selon nous, un centre médical spécialisé est une personne morale qui offre aux médecins une infrastructure administrative, des équipements et des locaux en support à leur exercice professionnel.

Article 333.2. C'est sans contredit cet article qui suscite le plus d'interrogations et de préoccupations de notre part. Pourquoi limiter exclusivement à des médecins le rôle d'exploitant d'un centre médical spécialisé? L'objectif poursuivi par l'article 333.2 ne nous apparaît pas clair, d'autant moins clair qu'il s'agit d'un modèle qui n'a pas été retenu dans plusieurs pays, dont la France, l'Angleterre, la Suède, l'Espagne, l'Italie et l'Allemagne. Alors, pourquoi s'imposer une telle limite?

S'agit-il d'empêcher des promoteurs étrangers d'investir dans de telles cliniques au Québec? Nous comprenons tous que limiter la propriété des cliniques aux seuls médecins ne peut être une garantie. Un médecin pourrait en effet n'être qu'un intermédiaire pour des firmes prêtes à faire de tels investissements en respectant la lettre de la loi sans pourtant en respecter l'esprit. Il pourrait devenir très difficile de clarifier la nature des rapports d'affaires entre des individus médecins et des entreprises de grande envergure.

Par ailleurs, croit-on vraiment que les médecins seront prêts à faire seuls de tels investissements estimés, dans les cas de cliniques d'arthroplastie par exemple, à un montant qui peut varier entre 10 et 15 millions de dollars? C'est bien méconnaître l'intérêt ou les compétences des médecins en matière de gestion et d'affaires et l'entrepreneurship des nouveaux médecins.

Alors, quel problème veut-on régler en rendant exclusif aux médecins le rôle d'exploitant des centres médicaux spécialisés? La possibilité que des médecins soient propriétaires majoritaires d'une clinique est déjà une option qui est prévue dans le cadre de notre projet de règlement sur l'incorporation. Nous nous interrogeons sur l'intérêt public d'en faire le modèle exclusif des centres médicaux spécialisés. Ce faisant, nous sommes inquiets de la confusion introduite et rendue obligatoire entre, d'une part, la propriété et l'exploitation d'un centre et, d'autre part, la responsabilité professionnelle des médecins. La confusion entre ces deux rôles est susceptible de menacer l'indépendance professionnelle des médecins ou, à tout le moins, de susciter des interrogations, surtout si le centre éprouve des difficultés financières.

À notre avis, si la possibilité que des médecins soient des exploitants peut être conservée, elle ne devrait pas devenir une obligation limitant aux seuls médecins l'exploitation de ces centres. Selon nous, le cadre juridique qui est proposé sert mal l'intérêt public. Il incite aux glissements éthiques en matière commerciale et professionnelle, particulièrement, comme je le disais antérieurement, si la solidité financière de la clinique est précaire. Il nous apparaît donc essentiel de séparer l'encadrement administratif de l'encadrement professionnel pour s'assurer que l'intérêt du patient sera toujours le premier intérêt poursuivi. Pour assurer cet élément de protection du public, d'autres outils que l'exclusivité de propriété pourraient être plus appropriés, notamment la composition des conseils d'administration de ces cliniques ou encore la mise en place de mécanismes de reddition de comptes qu'on pourrait exiger d'elles.

● (14 h 20) ●

En ce sens, il faudrait plutôt clarifier, dis-je, la nature des rapports d'affaires entre le ou les médecins du centre et les producteurs ou les distributeurs d'un bien ou d'un service relié au domaine de la santé et des services sociaux autres qu'un médecin, comme mentionné au troisième alinéa du même article. À la lumière de cet alinéa, devons-nous comprendre qu'un physiothérapeute, par exemple, ne pourrait s'associer à un médecin orthopédiste dans un centre médical spécialisé en arthroplastie?

Il serait plutôt souhaitable de rechercher un véhicule juridique offrant toute la souplesse requise pour favoriser plutôt que de rendre plus difficile leur émergence. Ce cadre devrait permettre de clarifier et de distinguer les responsabilités de nature professionnelle de celles relevant de l'administration et de l'exploitation de ces centres.

En conséquence, l'article 333.2 devrait, selon nous, être révisé afin de proposer un véhicule juridique favorisant l'émergence des cliniques médicales spécialisées, de clarifier et de distinguer les activités de gestion des activités professionnelles et enfin de mettre en place des mécanismes de reddition de comptes.

Article 333.3. Nous comprenons que cet article vise à éviter une migration de la main-d'oeuvre médicale du secteur public vers le secteur privé. La proposition contenue dans le projet de loi est un moyen parmi d'autres, avec lequel évidemment nous sommes en accord.

333.4. Le délai de trois ans qui est imposé pour obtenir un agrément par un organisme d'agrément après

l'obtention d'un permis d'exploitation nous apparaît long. L'agrément ne devrait-il pas être une condition d'émission d'un permis d'exploitation? Comment permettre à un établissement agréé de s'associer à un centre médical spécialisé qui, lui, ne serait pas agréé pendant une période de trois ans? N'y a-t-il pas là lieu de s'interroger? Ne pourrait-on pas confier ce mandat au Conseil d'agrément du Québec en lui demandant de faire diligence et de traiter le cas de ces cliniques en priorité, si tant est que tous reconnaissent là une priorité?

Article 333.5. Nous souscrivons entièrement à l'obligation proposée d'identifier un directeur médical dans toute clinique médicale. C'est une mesure susceptible d'assurer le respect des normes les plus élevées quant à la qualité des services médicaux offerts. Encore reste-t-il à préciser son niveau d'autorité et les mécanismes permettant de rendre compte de la qualité de ces services.

333.6. L'obligation pour un exploitant d'un centre médical spécialisé d'assurer tous les services préopératoires et postopératoires, incluant les services de réadaptation et de soins à domicile, relève d'une bonne intention. Toutefois, ne risque-t-elle pas de susciter une sélection de clientèles excluant, par exemple, celles qui présentent bien sûr le plus haut taux de risque de complications? Nous croyons qu'il reste encore beaucoup de travail à faire ici pour préciser la nature des relations et les niveaux de responsabilité à établir entre ces centres et le réseau public.

333.7. Le collège s'interroge ici sur la signification et la portée, mais surtout l'utilité de cet article concernant la possibilité pour le ministre de lui demander des avis. En effet, le Code des professions, à l'article 86m, et la Loi médicale, à l'article 15a, donnent déjà la prérogative au bureau des ordres professionnels de donner tout avis qu'il juge utile, notamment au ministre de la Santé et des Services sociaux, sur la qualité des services médicaux. À cet égard, l'article 333.7 n'ajoute rien. Pire, il pourrait laisser croire que le collège est un organisme-conseil du ministre. Selon nous, il n'y a pas lieu de traiter le Collège des médecins du Québec différemment des autres ordres professionnels par des mesures pouvant avoir un impact négatif sur son autonomie, sa mission ou son organisation.

De plus, nous ne pouvons souscrire au principe que sous-entend la fin du premier alinéa de cet article lorsqu'on fait référence à la possibilité de demander un avis sur la compétence professionnelle des médecins qui y dispensent ces traitements. À nos yeux, il n'y a pas lieu de singulariser l'évaluation de la compétence des médecins exerçant dans des cliniques médicales spécialisées ou affiliées comparativement à tout autre médecin. En conséquence, nous ne demandons rien de moins que l'abrogation de cet article qui n'ajoute rien aux dispositions légales déjà en vigueur quant à la qualité des services médicaux offerts au Québec.

Les cliniques médicales associées. À l'article 349 donc, nous avons ici trois interrogations au sujet de cet article. La première concerne le premier alinéa de l'article 349.3, relativement à la durée de l'entente entre l'établissement et un centre médical associé. Qu'arrive-t-il si le centre n'est plus en mesure d'offrir les services prévus à l'entente avant le terme de celle-ci?

La deuxième concerne l'article 349.5, où il est spécifié que les services médicaux spécialisés ne peuvent

être dispensés qu'aux seuls usagers qui sont dirigés vers la clinique médicale associée par l'établissement partie à l'entente. Ne s'agit-il pas d'une limitation possible à l'accessibilité? Est-ce qu'un centre médical pourrait s'associer à plus d'un établissement dans une zone géographique donnée? Par exemple, est-ce qu'une clinique médicale spécialisée située à Montréal pourrait s'associer à des établissements de plus d'une région limitrophe?

Et enfin la troisième question est en rapport avec l'article 349.7. Il y est stipulé que le médecin exerçant dans une clinique médicale associée doit faire partie du CMDP et exercer dans l'établissement auquel la clinique est associée. Devons-nous comprendre que cette obligation s'inscrit dans un cadre permettant de s'assurer que ce médecin fait l'objet d'une évaluation de la qualité de sa pratique au même titre que tout médecin d'un CMDP? Mais qu'en est-il des autres obligations liées à l'octroi de privilèges dans un ou plusieurs établissements? Par exemple, qu'est-ce qu'il arriverait aux médecins qui sont prêts à offrir des services dans la clinique médicale associée mais qui n'offriraient pas de disponibilité de garde à l'établissement? Pourquoi ne permettrait-on pas à une clinique médicale associée où exercent des médecins ayant des privilèges dans un établissement de faire des ententes avec des établissements où ces médecins n'ont pas de privilège?

La gestion des listes d'attente et la garantie d'accès aux soins en établissement. Alors, ici, selon nous, la question de l'accès aux services de santé ne peut se réduire à un mécanisme administratif de gestion des listes d'attente. L'existence de listes d'attente est inhérente à la mise en place d'un système public de soins de santé. Un problème survient lorsqu'à partir d'un certain seuil le délai d'attente compromet la qualité des soins offerts aux patients. Dans une telle perspective, il ne faut pas voir l'allongement des délais d'attente comme un problème en soi, mais comme un symptôme témoignant d'un dysfonctionnement plus grave.

Le système de santé du Québec, vous le savez comme moi, comme tous les systèmes de santé, est dépassé par une demande incompressible et croissante de services. Le meilleur système de gestion des listes d'attente au monde n'aura donc qu'un effet cosmétique temporaire et ne fera que reporter à plus tard la nécessité d'appliquer un véritable traitement.

À propos de l'accessibilité aux soins et des délais d'attente, la véritable question est donc de préciser l'intention du gouvernement. Veut-il apporter une véritable solution, comme il semblait vouloir le faire dans le livre blanc, ou simplement soulager...

Le Président (M. Paquin): M. Lamontagne, je vous signale qu'il reste trois minutes.

M. Lamontagne (Yves): ... — trois minutes, bien je vais arriver, merci — les symptômes en gérant mieux les listes d'attente? Plutôt que de se limiter à gérer les listes d'attente dans les trois secteurs identifiés, ne pourrait-on pas mettre nos efforts à déterminer quels services pourraient être offerts en dehors des établissements, de façon à ajuster l'utilisation des ressources en fonction de l'intensité des problèmes à régler?

Le collège rappelle donc que l'accessibilité aux soins de santé ne peut se restreindre à la mise en place

d'une simple gestion de listes d'attente limitée à trois secteurs d'activité. Faudrait-il imaginer un élargissement des mécanismes de gestion des listes d'attente à tous les secteurs d'activité de la médecine, y compris une liste d'attente pour avoir accès à un médecin de famille? L'engagement dans une telle logique nous éloigne des solutions viables.

L'ouverture limitée, enfin, à l'assurance privée. Quant à l'ouverture limitée à l'assurance privée, il est difficile d'imaginer plus grande limitation. Dans le plan proposé, les contraintes imposées à la création de cliniques médicales spécialisées font en sorte que, même si le patient avait une assurance privée, il ne pourrait trouver un système privé organisé lui permettant de bénéficier de son assurance. On aurait voulu empêcher l'émergence d'un réseau de cliniques privées qu'on ne s'y serait pas pris autrement.

Évidemment, la Cour suprême a ordonné la levée de l'interdiction de souscrire à une assurance privée, mais, pour nous, il faut dissocier la question des assurances et celle des cliniques médicales affiliées. L'intégration de nouvelles ressources était d'abord une occasion d'améliorer l'accès aux services dans un système public de santé. Avec ce projet de loi, malheureusement cette occasion aura été ratée.

En conclusion, le Collège des médecins tire trois conclusions du projet de loi qui est soumis à son attention. Premièrement, la garantie d'accès proposée dans le livre blanc, au printemps dernier, s'est transformée en une garantie d'attente dans le projet de loi. Au moment où les listes d'attente disparaissent dans les systèmes de santé de plusieurs pays d'Europe à la faveur d'une saine compétition et de la responsabilisation des acteurs concernés, on propose à la population québécoise le fait que l'accès aux soins passera dorénavant par une liste d'attente qui devient un passage obligé. À défaut de promettre le délai d'attente le plus court possible, on s'engage à offrir les listes d'attente les meilleures, les plus fiables et les plus transparentes qui soient. Si l'intention était de mettre un terme à la période de contemplation passive des listes d'attente, elle ouvre maintenant la possibilité de leur consolidation active.

● (14 h 30) ●

Deuxièmement, avec le cadre juridique proposé, on s'assure que les centres médicaux spécialisés et les cliniques médicales associées ne soient qu'une idée sur papier qui ne puisse devenir une réalité. Ce qui aurait pu être une soupape à l'engorgement du système de santé ne pourra émerger, malheureusement, faute de confiance, de souplesse et de pragmatisme.

Troisièmement, le collège ne peut souscrire au rôle qu'on semble vouloir lui faire jouer en termes de régulateur de relations d'affaires entre une offre de services médicaux entre les secteurs privé et public du système de santé. Nous demandons en particulier de retirer l'article 333.7 qui est aussi inutile qu'inapproprié.

Donc, le présent projet de loi se résume uniquement à une réponse législative pour se conformer à l'arrêt de la Cour suprême du Canada, et les questions cruciales de l'accès aux soins et du financement du système de santé restent sans réponse satisfaisante et sont reportées à plus tard. Je vous remercie de votre attention. Et le Dr Robert et moi demeurons disponibles pour répondre à vos questions.

Le Président (M. Paquin): On vous remercie aussi, M. Lamontagne, de votre présentation. Et on débute la période d'échange immédiatement. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Dr Lamontagne, Dr Robert, pour votre visite. On aura l'occasion d'échanger sur quelques éléments d'amélioration que vous suggérez pour le projet de loi, mais je voudrais d'emblée me déclarer en total désaccord avec certaines des affirmations qui sont contenues dans votre mémoire.

D'abord, la question de la gestion des listes, ce n'est pas un artifice bureaucratique, c'est une condition sine qua non à l'amélioration de l'accès des Québécois, au point que j'ai dit publiquement et que je répète ici que, si un hôpital ne le fait pas, on ne lui enverra pas d'argent pour faire plus de chirurgies parce que ça va être de l'argent gaspillé. Moi, je le sais, vous le savez aussi qu'une grande partie des listes d'attente sont, je ne dirais pas factices, le mot serait trop grand, mais disons non validées, on va être polis. O.K.? Alors, si on n'a pas cette validation des attentes, si on n'a pas une gestion constante, une approche individualisée de chaque personne sur la liste, c'est inutile, tout l'argent du monde ne changera rien.

Et, pour moi, là, ce n'est pas un plasteur, ce n'est pas un symptôme, c'est une grande partie de la maladie elle-même. Puis la guérison de l'accès passe par la mesure correcte du phénomène. C'est un phénomène qu'on a appris, en médecine, tous les trois: si on veut corriger un bobo, il faut le mesurer comme il faut. Actuellement, le bobo, il n'est pas mesuré comme il faut partout au Canada, particulièrement au Québec mais ailleurs également, puis au Québec on va être un des premiers à le mesurer correctement. Alors, je pense véritablement que loin... On n'est pas d'accord là-dessus. C'est correct de ne pas être d'accord dans la vie, c'est des choses qui arrivent, ce n'est pas grave. Mais, pour moi, c'est une affaire absolument fondamentale.

Deuxième élément, si on nous dit: Bien, vous avez voulu limiter le privé, je plaide coupable. Par privé, j'entends: privé à financement privé. Les cliniques associées, c'est-à-dire le privé au service du réseau public, moi, j'en suis, la commission Clair en était, certains de nos adversaires politiques également en sont. Mais le privé qui se finance par lui-même, soit par assurance soit par contribution directe des patients, ça me... en fait, j'y suis indifférent, pour vous dire franchement, j'y suis indifférent parce que je sais que, qu'il y en ait ou pas, ça ne règlera pas le problème du système de santé. C'est faux que ça améliore l'accès au système de santé, le financement privé. C'est faux que ça règle le problème du financement public.

Et chaque personne qui soutient le contraire, incluant certaines formations politiques, là, je leur demande: Citez-moi un exemple dans le monde. En fait, les contre-exemples sont multiples. Il n'y a pas un endroit où il y a du financement privé dans la santé où il y a une croissance du système public de santé égale à la nôtre et où il n'y a pas un pourcentage de dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses totales de santé au moins égal au nôtre. Alors, de dire que, si on a du financement privé, on réduit le périmètre de financement public, ce

n'est tout simplement pas vérifié par les faits, de sorte que, moi, je ne souhaite pas qu'il y ait une prolifération du financement privé. Je ne souhaite pas que les gens aient à avoir des assurances privées parce que ça ne règlera pas le problème, ça peut même le détériorer pour les personnes qui, elles, n'ont pas les moyens d'avoir des assurances privées. Et la façon de le faire, c'est d'améliorer l'accès pour tous les Québécois, de sorte que les gens, les Québécois n'auront pas à avoir de l'assurance, pas parce qu'ils n'ont pas le droit, on leur donne le droit, mais parce qu'ils n'en ont pas besoin ou parce qu'ils sentent qu'ils n'ont pas besoin d'en avoir. Et ça, ça doit être notre objectif absolument fondamental.

Puis les exemples internationaux comme les exemples d'Europe de l'Ouest, que j'aime beaucoup citer parce que je trouve que c'est des beaux systèmes de santé où il y a une coexistence privé-public, ils ont beaucoup mieux réussi que nous pour l'accès, mais réfléchissons pourquoi, parce qu'ils ont plus de médecins, plus d'infirmières, plus de lits d'hôpitaux puis qu'ils ont encadré le privé. Ce n'est pas le privé à but lucratif financé parallèlement qui a amélioré l'accès, c'est l'intégration du privé et du public et la relation non pas de parasitisme, mais de mutuelle assistance entre le privé et le public qui a amélioré les choses.

Alors, là-dessus, moi, je crois qu'on est, là, sur la bonne direction. Je n'en fais pas un point de désaccord, là, de type dogmatique, je vous donne mon opinion. Tu sais, on peut être en désaccord avec ce que je viens de dire. La seule chose, c'est que, moi, je crois à ce que je viens de dire, puis je devais vous le dire autant pour la gestion de la liste que pour la question du privé.

Pour ce qui est des autres éléments maintenant, les examens diagnostiques, il n'y a pas d'objection, il y a déjà des examens diagnostiques dans les milieux privés, sauf que ça s'appelle, vous le savez, des cabinets médicaux ou des laboratoires. Ça va continuer. Donc, une clinique de résonance magnétique en dehors des milieux hospitaliers, c'est en fait, théoriquement — corrigez-moi — sur le plan légal, un laboratoire ou un cabinet privé, dépendant des cas, là, puis ça va demeurer le cas, donc il n'y a pas de restrictions de ce côté-là.

Pour ce qui est de... Je vais peut-être commencer les échanges avec vous. Parce que je ne m'attends pas nécessairement qu'on soit d'accord sur ce que j'ai dit tantôt, là, puis on ne prendra pas tout l'échange pour discuter de ça. Je voulais vous demander, quand on veut vous consulter sur le type d'interventions à ajouter, il me semble que c'est là une... Je pense que vous ne vous objectez pas à ce rôle-là. Parce que, nous autres, comme gouvernement, ce qu'on a besoin de savoir: Quel est le degré de risque associé à ce type de chirurgies là et quel est le type d'infrastructures ou d'environnement qui est nécessaire pour qu'elles soient assurées de façon sécuritaire pour la population, ce qui est notre responsabilité? Mais je pense que vous ne vous objectez pas à faire ce genre de vérification. Est-ce que vous aviez compris que c'était autre chose que ça?

M. Lamontagne (Yves): Oui, oui, tout à fait.

M. Robert (Yves): On voulait juste valider que c'était ça.

M. Couillard: O.K. C'est ça. C'est ça. Maintenant, pour ce qui est de l'inspection, j'ai... Puis, encore une fois, ce n'est pas notre intention. Si vous avez perçu que le gouvernement veut transformer le Collège des médecins en organisme-conseil, ce n'est pas ça, on ne veut pas. On en a assez, on n'a pas besoin d'ajouter: conseil, médecins. O.K.?

Maintenant, hier, on a eu l'Ordre des infirmières, puis eux autres demandaient qu'on leur demande de faire les inspections. Ça fait qu'aujourd'hui on a le Collège des médecins qui dit: Bien non, demandez-nous pas, on va y aller tout seuls. Moi, je veux bien, là, mais c'est quand même des situations plus complexes que des cabinets de médecins ou... Ce n'est pas des centres hospitaliers, on ne veut pas que ce le soit, mais c'est des situations qui sont plus multifactorielles, là, qu'un cabinet de médecins. Est-ce que vous ne pensez pas qu'il serait bon... Comment est-ce qu'on organiserait ça pour que vous ne vous sentiez pas un organisme-conseil, pour reprendre vos mots, puis qu'on puisse avoir l'assurance qu'on ait des vérifications non pas aléatoires, mais de façon plus régulière de ce qui se fait dans ces centres-là? Comment est-ce que vous voyez ça?

M. Lamontagne (Yves): Oui. Bien, écoutez, deux choses l'une. D'abord, évidemment, quand on a... Puis vous le savez, M. le ministre, on a toujours de bons rapports ensemble. Quand il s'agit d'avoir des échanges ou des choses comme ça, je pense que le collègue a toujours été très ouvert. Nous autres, notre premier message, c'est la qualité de la médecine puis la protection du public. Et donc, quand les gens nous consultent... D'ailleurs, on répond toujours aux gens quand ils nous consultent. On ne veut surtout pas par contre avoir de glissements, si vous voulez, que, comme ordre professionnel... Parce que c'est déjà arrivé dans le passé, ça, avant que vous soyez ici, là, où, moi, j'avais déjà dit que le collègue, des fois, c'était une succursale du ministère. Moi, je vous aime bien, là, mais je ne tiens pas du tout à être la succursale du ministère. Et je pense qu'un ordre professionnel, que ce soient les médecins, les architectes, les ingénieurs, c'est marqué dans le Code des professions, puis tout le monde doit être pareil. Alors, à ce niveau-là, on ne voulait pas... Tu sais, nous autres, on n'ira pas jouer dans votre talle, mais ne venez pas jouer dans la nôtre.

Pour les trucs d'inspection professionnelle, bien c'est un peu la même chose qu'on disait, il ne faut pas qu'il y ait deux critères. Il faut que les cliniques affiliées, par exemple, aient les mêmes critères de qualité qu'on retrouve dans le milieu hospitalier. On n'est pas pour faire des affaires de broche à foin à côté quand on a déjà de la misère à le faire dans notre système public. Donc, il faut que ça, ce soit bien encadré aussi pour qu'il y ait de la qualité qui soit faite là. Quant aux médecins qui vont y travailler, bien, nous, on dit: Non plus, il ne faut pas faire une différence entre eux autres puis que le ministre vienne nous dire: Bien, checkez donc tel médecin dans telle clinique. C'est notre rôle de faire de l'inspection professionnelle. On la fait, la même inspection, pour tous les médecins. Qu'ils soient dans le système public, qu'ils soient désaffiliés de la régie, on les inspecte pareil. Donc, nous, ce qu'on dit, c'est que, si vous êtes un médecin, peu importe ce que

vous soyez, notre inspection professionnelle fait tout le monde au même niveau, et on tient à garder cet élément-là.

Et finalement j'ajouterais effectivement, quand vous parlez de l'inspection professionnelle qui vous a été un peu offerte par l'Ordre des infirmiers et infirmières, bien c'est probablement parce que le Collège des médecins, lui, est beaucoup plus avancé qu'eux. Et, en ce qui a trait à l'inspection professionnelle, on a quand même un héritage de plusieurs années. Et actuellement, s'il y a quelque chose, on enseigne à plusieurs autres professionnels comment faire de l'inspection professionnelle, parce qu'ils n'en font pas du tout.

M. Couillard: On passera le message à l'Ordre des infirmières.

M. Lamontagne (Yves): C'est ça. Mais je peux le passer moi-même aussi, soyez certain.

M. Couillard: Pour ce qui est de la question des obligations, la façon dont, moi, je comprends le projet de loi — et peut-être qu'il n'est pas clair, à la lueur de votre question, sur les obligations — c'est que, parmi les conditions pour qu'un médecin pratique à la clinique associée, il faut qu'il ait ou qu'elle ait rempli ses obligations au centre hospitalier. Quand j'étais sur un comité des titres, je me souviens — peut-être que j'en oublie — les obligations, il y a, entre autres, la garde. Alors, ça veut dire, à l'envers, que, si quelqu'un arrête de faire la garde... Parce qu'on va empêcher ça. Je peux tout de suite imaginer un service x qui décide: Bien, nous autres, on arrête de faire de la garde à l'hôpital, arrangez-vous, puis on va aller faire notre chirurgie à la clinique. On ne veut pas ça. Alors, est-ce que vous êtes d'accord avec cet objectif-là, qu'il faut que les obligations soient remplies à l'hôpital pour pratiquer à la clinique affiliée?

● (14 h 40) ●

M. Robert (Yves): Il n'y a aucun problème, sauf que ça me surprendrait que... Si le centre voulait s'associer à plus d'un établissement, il ne pourrait pas faire la garde dans tous les établissements. C'est ça, la notion. Donc, si on s'entend sur le fait qu'il fait partie d'un CMDP mais que la clinique ou le centre peut avoir des liens avec plus d'un établissement, il faut limiter ça à un seul CMDP, parce que, là, on pourrait mal imaginer de répondre à tous les établissements avec qui il y a une entente.

M. Couillard: Je vous rassure tout de suite, c'est ça.

M. Robert (Yves): C'est ça, parfait.

M. Couillard: Et, si ce n'est pas clair dans le projet de loi, on va l'ajuster. Ça me rappelle une bonne époque de ma vie où j'étais de garde dans quatre hôpitaux à la fois, à Montréal.

M. Robert (Yves): C'est parce que ça donne l'impression que les associations ne peuvent se faire qu'avec un seul établissement. C'est ça, la notion.

M. Couillard: On vérifiera si la formulation est...

M. Lamontagne (Yves): Je voudrais juste attirer votre attention, M. le ministre. Tantôt, lorsque vous avez parlé du privé et des pays européens, vous savez comme moi qu'il y a un ministre européen qui est venu, il n'y a pas très très longtemps, puis il a dit: La seule différence entre nous autres puis le Québec, c'est que, nous autres, il y a de la compétition.

M. Couillard: Et de la responsabilisation. C'est le mot qu'il disait.

M. Lamontagne (Yves): Voilà. Et je pense que tout est là, finalement. Et souvent — je sais qu'on en a déjà discuté ensemble — c'est qu'ici, lorsqu'on parle du privé, là, on pense toujours que c'est la mafia puis de l'argent sale. Moi, personnellement, je ne parle jamais de privé. Ce qu'il faut arriver, c'est un partenariat privé-public, avoir un système public fort mais qui est aidé par le privé et avec lequel le public a des contrats avec le privé pour donner des meilleurs soins.

Mais, vous savez, les gens, là, aussitôt que vous parlez de privé, ou bien donc ils pensent que c'est juste les riches qui vont se faire traiter ou bien donc que c'est de l'argent sale, mais ce n'est pas ça. Ça, c'est vraiment de la médecine à l'américaine. Ce n'est pas ça qu'on veut. C'est un partenariat privé-public qu'il faut développer pour arriver justement... Ça, ça pourra aussi aider — ce que vous disiez tantôt — responsabilisation, compétition, et évidemment augmenter aussi l'accessibilité aux soins, et fort probablement aider le système public au niveau financier aussi. Alors, c'est à ce niveau-là. Moi, les partenariats privé-public, je crois à ça. Privé-privé, non. Système de santé public fort, oui.

M. Couillard: On est d'accord.

M. Lamontagne (Yves): Voilà.

M. Couillard: Donc, on est sur la même longueur d'onde. Puis d'ailleurs les cliniques affiliées sont là pour ça. Les cliniques affiliées, c'est quoi? C'est un endroit où quelqu'un peut aller, quel que soit son statut économique. Les gens à revenus défavorisés vont y aller autant que les gens à revenus élevés. Ils n'auront pas de frais à payer, et c'est le privé qui sert d'appui au système public et qui sert également... Le mot «compétition» est difficile, parce que, quand on mentionne le mot «compétition», on pense tout de suite à mécanique de marché, là. Ce n'est pas ça qu'on veut nécessairement introduire, mais, je dirais, une saine émulation, particulièrement sur la question des coûts unitaires puis du degré d'efficacité. Je pense que, là, on introduit ça, et c'est bien de le faire.

Vous avez abordé une question que Michel Clair a abordée dans sa présentation, ici, lors de la consultation générale, sur la question de la propriété. Et j'ai senti que vous étiez un peu de son avis, Michel Clair nous disait: Vous devez complètement distinguer la gestion de la clinique de la question des professionnels. En fait, M. Clair nous suggérait d'éliminer même les médecins de la direction ou de l'administration, disons, de la clinique affiliée. Est-ce que vous êtes de cette école-là?

M. Lamontagne (Yves): Presque oui. Je pense que les médecins, et... quand on regarde les plus jeunes

médecins, c'est de la médecine qu'ils veulent faire. Ils ne sont pas entrepreneurs. L'entrepreneurship des docteurs des années soixante, c'est fini. Ils ne veulent pas faire d'administration, ils ne veulent pas s'occuper de la secrétaire puis d'engager la téléphoniste, ils veulent faire de la médecine. Donc, je pars du principe que, si au départ ces gens-là n'ont pas beaucoup de notions en gestion, en administration, en sens des affaires, bien on est mieux de les structurer de telle sorte qu'on dit: Vous, vous voulez faire de la médecine, on va vous mettre dans des conditions que vous allez faire de la bonne médecine, puis l'administration, la gestion, toutes ces affaires-là, on va mettre ça dans les mains des gens qui connaissent ça. Et donc je suis d'accord avec ce genre de proposition là.

La seule chose qu'il faut faire effectivement, par contre, c'est qu'il faut qu'il y ait une ligne très, très serrée, dire: Si vous êtes là pour faire de la médecine, vous n'êtes pas là pour répondre aux besoins des gens qui mettent le cash dedans. Il ne faudrait pas qu'au Québec il arrive ce qui est arrivé avec les HMO aux États-Unis. Moi, je me souviens que les gens du gouvernement étaient venus nous voir à l'époque: Les HMO, extraordinaires, vous devriez tous embarquer là-dedans, puis tout ça. Puis, 15 ans après, les médecins qui travaillent dans les HMO, bien c'est l'administrateur qui dit: Aïe! ton gars, là, il doit sortir aujourd'hui. Bien, pas bien, c'est dehors. Tu ne peux pas prescrire ça, il faut que tu lui donnes tel médicament. Il ne faut pas arriver à ça. Ça, là, c'est l'aspect administratif. Mais, quand vous avez une ligne qui est bien tirée et que, les gens qui s'occupent de l'administration et de la gestion de ces choses-là, des financiers, vous êtes là pour que ça marche comme il faut, puis le docteur est là pour faire de la médecine, je pense qu'on peut arriver à de très bons résultats.

M. Couillard: Je suis d'accord avec vous. C'est d'ailleurs ce qui avait été mentionné comme crainte. Mais il doit y avoir également une ligne de compromis. C'est-à-dire qu'il existe actuellement des cliniques de radiologie dont les médecins sont propriétaires, puis personne ne met en cause leur intégrité.

M. Lamontagne (Yves): Tout à fait.

M. Couillard: Donc, le fait que les médecins soient propriétaires également, d'après moi, n'est pas un obstacle absolu, mais il faut peut-être... Nous, on a mis 50 %, là. Est-ce que vous trouvez que c'est trop, 50 %? Est-ce que vous trouvez que ça devrait être moins?

M. Lamontagne (Yves): Vous savez, des règles bien strictes, moi, je n'ai jamais été bien fort là-dessus parce que chaque exemple peut être très différent.

M. Couillard: Vous auriez de la misère au gouvernement.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lamontagne (Yves): C'est pour ça que je ne me suis jamais présenté. Alors, vous savez, je pense que la souplesse, c'est toujours là. C'est bien sûr qu'il ne faut pas se faire manger par l'autre, mais des critères comme ça, 49, 51, quoi... En autant que ça va bien, je pense que

c'est ça. Et, moi, mon critère de base, c'est de dire qu'au moins que le médecin soit là pour faire de la médecine. Vous me dites, et avec raison... Parce que les radiologistes, eux autres, peut-être... je ne sais pas s'ils ont appris ça des cours du soir, mais ils sont plus d'affaires que les autres. Mais, eux autres, ils ont compris peut-être des affaires que les autres n'ont pas comprises. Mais ça ne veut pas dire que les médecins en général sont aptes à mener ces choses-là.

Et, moi, ma principale crainte, comme on vous disait dans le texte... Et apparemment ça a été démontré aussi même en France où, dans les années soixante, les docteurs qui s'étaient parti des business, bien, à un moment donné, quand les coûts de la vie augmentent, etc., ils n'avaient plus l'argent financièrement pour suivre les progrès, donc leur technologie devenait désuète, puis, comme ils avaient investi là-dedans, bien là, à un moment donné, ça n'allait pas bien. Et ça, moi, c'est ma crainte, dans certaines cliniques, que ça arrive comme ça. On l'a vu même avec des cliniques médicales en médecine générale. Et, à ce moment-là, le danger — et surtout qu'on s'est fait promener un petit peu depuis la dernière année à ce sujet-là — c'est qu'à ce moment-là l'indépendance professionnelle, elle risque peut-être de sauter puis des conflits d'intérêts risquent peut-être d'arriver. Et ça, je pense que le médecin, il n'a pas intérêt à aller se placer dans des situations comme ça, où, sous prétexte non seulement de gagner sa vie, mais de faire vivre sa clinique, à un moment donné, si ça va mal, bien là il peut y avoir un glissement, si vous voulez, au niveau déontologique. Et là, nous autres, le collège, on serait pris de devoir agir dans ce sens-là. Voilà.

M. Couillard: L'autre élément également qui a été ajouté dans le paysage, c'est la question des accords de commerce internationaux, là. À partir du moment où le contrôle majoritaire est détenu par des médecins pratiquant au Québec, à votre registre, là, c'est moins tentant pour les grandes entreprises internationales de... Non pas que ce soit mauvais en soi, là, mais ça pourrait apporter des biais qui soient malheureux dans le système, à long terme. Est-ce que vous ne pensez pas que c'est une motivation importante dont il faut tenir compte également, la question des accords de commerce?

M. Lamontagne (Yves): Ah, bien oui, si c'est ça, bien sûr. Bien sûr. Oui, oui.

M. Robert (Yves): Je pense que le message important qu'on voulait lancer, c'est de se laisser des portes ouvertes pour éviter d'avoir des modèles tellement rigides qu'on s'enlève certaines possibilités qui pourraient être opportunes dans certaines régions, dans certaines situations auxquelles on ne pense pas aujourd'hui, mais qui, demain, pourraient nous être utiles.

M. Couillard: Bien, merci. Ça a été très intéressant, puis on va certainement prendre en compte vos observations, mis à part, là, les quelques éléments de désaccord que j'ai élucidés.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Il me fait plaisir, au nom de l'opposition officielle, de vous souhaiter la bienvenue, M. Lamontagne, un vétéran de nos commissions parlementaires, M. Robert. En fait, l'impression que j'ai — je ne sais pas si elle est partagée — c'est que, dans votre présentation, vous commencez en lion, puis, dans votre discussion, ça se termine en mouton. Enfin, grosso modo, j'ai compris que, si vous aviez à rédiger à nouveau votre mémoire, il ne commencerait pas par la phrase suivante: «Nous devons dire, comme premier commentaire général, que le Collège des médecins du Québec est très déçu du projet de loi.» L'êtes-vous toujours, après la discussion que vous avez eue avec le ministre?

M. Lamontagne (Yves): Vous me connaissez depuis longtemps, vous aussi, Mme Harel, et vous savez que le mouton n'est pas tellement ma laine. Une commission parlementaire, pour moi, c'est qu'on vient dire ce qu'on pense. On échange entre nous autres, puis, en bout de ligne, nous autres, on vous laisse le stock, parce que, de toute façon, qu'on dise quoi que ce soit, c'est vous autres qui allez prendre la décision en bout de ligne. Alors, c'est aussi simple que ça.

Alors, quand vous dites qu'on est arrivés en lion puis qu'on finit en mouton, bien, moi, je ne suis pas d'accord avec vous. M. le ministre nous a donné certaines explications, certains éclaircissements sur les choses, et, il l'a dit lui-même en terminant, il y a des choses qu'on a comprises puis qu'on n'avait peut-être pas vues de sa façon, de la façon que c'était écrit là, puis il y a des choses qui finalement, en bout de ligne, peut-être qu'on ne sera toujours pas d'accord avec lui. Et ça, une commission parlementaire, c'est pour ça. Puis, à la fin, bien c'est vous autres, les parlementaires, qui allez prendre une décision là-dessus. Alors, mettons qu'on a bélé moins fort à la fin, là, mais le mouton, on repassera dessus.

Mme Harel: Bon, bien, avant qu'on passe nos ciseaux, là, sur la question du financement...

Une voix: Le «clipper».

Mme Harel: Le «clipper», comme dit ma collègue.

M. Lamontagne (Yves): Ils ne m'ont pas manqué récemment.

Des voix: Ha, ha, ha!

● (14 h 50) ●

Mme Harel: Ça vous rajeunit. Vous dites, dans votre mémoire, sur la question du financement, que c'est un élément crucial du problème d'accessibilité qui a été évacué et qu'il faudrait inévitablement l'aborder de nouveau. Vous voyez cette problématique du financement dans le cadre du rapport du comité de M. Ménard, de M. Jacques Ménard, vous la voyez dans quel contexte?

M. Lamontagne (Yves): Bien, je vous avouerai, dans tous les contextes. Quand on regarde, si vous voulez, la question du partenariat privé-public, puis tout ça, là, bien, moi, je me souviens, en 1999, nous autres, on s'est pointés au comité de M. Arpin, qui finissait qu'il

disait: Bien oui, il faudrait qu'on s'ouvre à un apport du privé dans le système public. On s'est pointés à la commission Clair. Là aussi, je me souviens, 65 recommandations. En 2001 que ça a sorti, ça, puis on est en 2006, puis il y en a peut-être trois qui ont été faites, puis c'est tout. On s'est pointés... M. Johnson m'a appelé, là, quand ça a été le comité Mulroney-Johnson, qui disent exactement la même chose. M. Ménard vous dit un peu la même chose. Donc, je me dis, moi: Ce n'est pas tous des imbéciles, ce monde-là, là, il doit y avoir quelque chose là-dedans. Mais qu'est-ce qu'on attend pour aller dans ce sens-là?

Et, comme j'expliquais à M. le ministre tantôt, j'ai l'impression qu'au Québec on a cette phobie du privé. Aussitôt qu'on dit privé, là, «freeze». Mais ça ne mange pas le monde, ça, le privé. Puis, quand on parle de financement d'un système de santé, je maintiens et je dirai tout le temps que je vais être vivant que, de la mesure que ça va là, il n'y a aucun pays au monde qui va être capable de suivre le financement du système de santé de la façon que ça va là, avec l'accroissement de l'âge de la population, avec des jeunes qui vont être incapables de payer pour le paquet de vieux qu'on va se retrouver au centre d'accueil. Bien, il faut peut-être s'ouvrir les lumières un peu puis penser à nos jeunes qui s'en viennent en arrière parce qu'eux autres, ils vont avoir un méchant problème. Puis plus on attend de faire face à ce problème-là, plus eux autres vont devoir payer pour les pots cassés qu'on est en train de leur faire. Ils ont assez à nous reprocher d'être des baby-boomers, au moins arrangeons-nous donc pour ne pas leur laisser la note en plus. C'est ça.

Mme Harel: Et, si je comprends bien, qu'on soit obligés de payer, ça peut être soit par nos taxes, nos impôts ou ça peut être par des assurances, mais ça peut être aussi privément. Mais, cette obligation de payer, la question est de savoir comment on s'organise pour qu'il y ait un peu d'égalité en face de la maladie, dans notre société, hein? Bon. Tantôt...

M. Lamontagne (Yves): Aucun problème avec ça.

Mme Harel: ... — c'est ça — vous avez dit que vous êtes pour un système public fort. Bon. Moi, je n'ai pas de religion, là, par rapport à ça, mais je pense que les cliniques médicales affiliées qu'on avait prévues dans notre plateforme électorale, là, l'étaient pour être en excédent, pour en faire plus, pas pour en faire ailleurs, à côté, mais pour en faire plus.

Est-ce que, selon vous, pour avoir un système public fort en ayant du privé au service du réseau public puis pour augmenter l'accès aux soins pour les patients — vous avez tout dit ça tantôt — il faut s'assurer que le privé soit en complément, c'est-à-dire qu'il en fasse plus? Donc, les 430 000 chirurgies qui se font au Québec, il faut en faire plus si on introduit du privé, pas en faire pas plus puis en faire ailleurs. Est-ce qu'on s'entend là-dessus?

M. Lamontagne (Yves): Bien oui.

Mme Harel: Bon. Alors, pour en faire plus, est-ce que vous concevez que les cliniques médicales associées

doivent... Parce que, dans votre mémoire, là — je fais référence à la page 12 — vous vous élevez contre le fait que les services soient dispensés aux seuls usagers qui sont dirigés vers la clinique médicale associée dans l'établissement partie à l'entente.

M. Robert (Yves): ...projet de loi.

Mme Harel: Oui, oui, c'est ça.

M. Robert (Yves): C'est ça.

Mme Harel: Alors, vous vous élevez contre le fait que ce soit inscrit dans le projet de loi.

M. Robert (Yves): C'est-à-dire que ce qu'on dit...

Mme Harel: Et puis juste vous faire part, juste pour être sûre qu'on se comprend là-dessus, c'est que ça, ça fait partie de la rédaction des cliniques médicales associées. Vous comprenez? Ce n'est pas finalement hanche, genou et cataracte. Donc, c'est la partie où l'agence, et, j'espère, en collaboration avec les établissements, ce qui n'est pas le cas actuellement dans le projet de loi, va faire des ententes contractuelles pour en faire plus. Alors, là-dessus, j'ai de la difficulté à comprendre votre raisonnement. Ça devrait être le «free-for-all», en fait.

M. Robert (Yves): Non, ce n'est pas ça. C'est que, si on limite uniquement les services possibles à un nombre limité d'établissements et puis, à cause notamment de ce qu'on évoquait tantôt, les liens du médecin avec l'établissement avec lequel il est lié... Donc, ce qu'on dit, c'est que, oui, il peut il y avoir une entente entre le médecin ou la clinique et cet établissement-là, mais, en ayant un CMDP ou une appartenance à un CMDP, ne pourrait-il pas y avoir une possibilité de faire des ententes avec d'autres établissements pour élargir l'accessibilité sans que les médecins y faisant partie fassent partie des CMDP de tous les établissements? C'est ça, la notion. Donc, c'est d'élargir la portée, qui nous apparaissait limitée dans la rédaction du texte de loi.

Mme Harel: Oui. Ça, c'est votre troisième interrogation à la page 12, puis elle m'apparaît très fondée en fait, hein? S'il y a plusieurs ententes, on ne peut pas demander aux médecins d'être... un CMDP dans tous les établissements. Ça, ça a bien du bon sens.

Mais je fais référence, moi, à votre deuxième interrogation à la page 12, celle qui en fait semble remettre en question le fait que les services ne puissent être dispensés qu'aux seuls usagers qui sont dirigés vers la clinique médicale associée par l'établissement partie à l'entente. Vous avez l'air de... Vous dites: Ne s'agit-il pas d'une limitation à l'accessibilité, etc.? Et là il m'apparaît que, là, finalement ça pourrait être du «free-for-all», ça. Si vous dites: Oui, c'est pour faire plus, alors ça veut dire qu'il faut que ce soit intégré dans un ensemble.

M. Robert (Yves): Ce que ça implique, c'est que le patient doit être référé par l'établissement obligatoirement qui est partie à l'entente. Donc, un

patient qui voudrait aller directement vers les cliniques, on comprend bien, pourrait avoir une limitation de ce côté-là. C'est dans ce sens-là qu'on dit: L'objectif, c'est l'accessibilité, ce n'est pas nécessairement de répondre à des règles de fonctionnement. Parce que savoir si la clinique a un lien avec l'établissement ou non, le patient, lui, ne le saura pas, là, donc il pourrait avoir accès à cette clinique-là pour avoir des services médicaux sans nécessairement être passé par l'établissement. C'est ça, la notion, là.

Mme Harel: Oui, c'est bien, mais l'établissement va finir... Pour vous, est-ce que l'établissement, là, qui signe avec la clinique, c'est pour en faire plus?

Une voix: Bien oui.

Mme Harel: Bon. Alors, il faut d'abord que l'établissement... Ça se pourrait. Moi, ce matin, j'interrogeais le directeur de l'Agence régionale de la Capitale-Nationale, puis lui m'a dit: Nous, on a assez d'établissements universitaires sur la région pour penser qu'on va pouvoir le faire sans avoir besoin de passer par des cliniques médicales associées. Alors, le lien contractuel, vous le voyez comment, si tant est qu'il y en a, des cliniques médicales associées? Elles partent d'elles-mêmes, comme ça, ou bien donc si elles doivent être en lien avec l'établissement?

M. Lamontagne (Yves): Non, non, c'est sûr qu'elles doivent être en lien avec l'établissement. Mais est-ce que c'est uniquement la clinique médicale associée? Au fond, ce qu'on se posait: Est-ce que les gens qui vont avoir le droit d'aller à la clinique médicale associée, ça va être juste des gens qui seront référés par ce centre hospitalier là? Alors ça, c'est la première question.

Est-ce que, je ne sais pas, moi, pour vous envoyer une image — mais je ne veux surtout pas faire de comparaison — est-ce que, si vous avez une clinique médicale associée à l'Hôpital de Rimouski, bien quelqu'un qui serait à Rivière-du-Loup pourrait y aller pareil? Il faut se poser cette question-là et que peut-être, si ça aidait tout le monde dans le coin mais qu'il n'y en a pas, de clinique médicale associée, mettons, à Rivière-du-Loup, bien peut-être que la clinique médicale associée de Rimouski pourrait donner un coup de main à Rivière-du-Loup. C'est dans ce sens-là.

Parce que, si vous vous limitez uniquement à dire: Bien, moi, j'ai ma clinique médicale associée... Puis là je pense, dans le temps que je faisais de la psychiatrie, les secteurs: Toi, tu restes de l'autre bord de la rue, tu n'as pas le droit d'y aller. C'était ça, les secteurs, vous en savez quelque chose. Alors là, est-ce que ça va être la même chose, ça? Vous, vous êtes dans l'autre secteur, vous appartenez à l'autre hôpital, moi, j'ai une clinique médicale associée, moi, je n'en ai pas: Tu n'as pas le droit d'y aller, reste chez vous. C'est dans ce sens-là. Encore là, pour aider le plus possible à l'accessibilité.

Mme Harel: Cette réponse-là, en fait le ministre devra la donner certainement lorsqu'on fera l'étude article par article, là. Mais je vous remercie d'au moins poser la question, là, on essaiera de la poser à notre tour.

Dans votre mémoire, vous nous dites, à la page 5: «En rapport avec les centres médicaux spécialisés, où, si nous comprenons bien les intentions du ministre, exerceront surtout des médecins non participants...» Donc, vous interprétez le projet de loi créant les centres médicaux spécialisés surtout pour les non-participants. C'est l'impression que vous avez de ce qui se dégage de votre lecture du projet de loi?

M. Lamontagne (Yves): Oui.

M. Robert (Yves): Oui. Pour une raison assez simple, c'est que, pour faire partie d'une clinique médicale associée, il faut faire partie d'un CMDP, donc obligatoirement on est participant, par définition. Alors qu'un centre médical spécialisé, lui, pourrait, lui, ouvrir la possibilité à ce que ce soient des médecins non participants parce qu'il n'y a pas cette obligation d'être lié à un établissement. Vous voyez?

Mme Harel: Je pense que ça vaudrait la peine de clarifier tout de suite, là, si vous voulez, parce que, là, il y a comme une confusion...

M. Robert (Yves): Oui. Je suis d'accord.

Mme Harel: O.K. Allez.

● (15 heures) ●

M. Couillard: Alors, merci, Mme la députée. C'est quelque chose qu'on a discuté hier, puis qui clairement est compliqué, puis je vais... Les centres médicaux spécialisés visent à reconnaître une situation de facto qui existe déjà. Il existe déjà des centres privés avec des médecins non participants; on en connaît. Il y a les centres privés avec des médecins participants qui demandent des frais accessoires, exemple la clinique de polychirurgie de Montréal ou d'autres semblables qui n'ont pas vraiment de définition légale.

Alors, on ne crée rien, on baptise ces entités du nom de centres médicaux spécialisés en les séparant clairement entre: contenant, d'une part, des médecins participants; ou contenant, d'autre part, des médecins non participants. Donc, on n'a pas créé ça pour les médecins non participants, on a créé ça pour donner une définition légale — on aime ça, comme vous l'avez dit, encadrer les choses, au gouvernement — à une situation qui existe actuellement sur le terrain.

Dans le monde des centres médicaux spécialisés avec médecins participants, là on crée une nouvelle catégorie qui est le centre médical affilié... ou associé, pardon — moi-même, je mélange tous les termes...

Une voix: Ah oui, ce n'est pas évident.

M. Couillard: ...où, là, on ajoute au fait d'avoir des médecins participants une entente contractuelle entre la clinique et un établissement agence. Donc, c'est important de comprendre ça: on ne crée pas. Tout ce qui est créé dans le projet de loi, c'est le centre médical associé; le reste, c'est une interprétation juridique d'une situation de facto qui existe aujourd'hui même.

M. Lamontagne (Yves): Mais, M. le ministre, ça dit que, si, mettons, moi, je voulais me partir une

clinique médicale spécialisée demain matin, il faudrait que je me désaffilie de la RAMQ?

M. Couillard: Non.

M. Lamontagne (Yves): Non?

M. Couillard: Non, vous pouvez vous partir une clinique, comme vous pouvez, aujourd'hui même, un cabinet privé de médecins participants, qui, si vous faites de la chirurgie par exemple, vous donne le droit de charger les frais accessoires, raisonnables bien sûr, aux patients qui viennent vous consulter. Ça, ça ne change pas.

La question que vous avez soulevée... Je m'excuse, Mme la députée de... La question que vous avez soulevée sur l'exclusivité des activités dans la clinique associée, on doit s'y pencher, parce qu'effectivement la façon dont le projet de loi est fait, c'est que, si, moi, comme clinique associée, j'ai un contrat avec l'Hôpital Charles-LeMoine pour faire de la cataracte, les seules opérations de cataracte que je peux faire dans ma clinique sont celles contenues dans le contrat avec Charles-LeMoine. Je n'ai pas le droit d'en faire d'autres. Il y a tout un problème, effectivement.

Mais ce qu'on voulait faire, c'est donner la priorité d'accessibilité aux gens qui sont dans le contrat. Alors, si je suis un patient de Charles-LeMoine puis que Charles-LeMoine me dit: Monsieur, madame, vous allez vous faire opérer à la clinique pour votre cataracte, je vais être certain que je vais l'avoir tout de suite, c'est-à-dire que je ne passerai pas après les autres patients qui ne sont pas dans le contrat. Mais il y a peut-être d'autres façons de le faire que la façon qu'on...

M. Lamontagne (Yves): Mais, voyez-vous, de façon intéressante, ce que vous dites, si la clinique justement, elle pouvait couvrir plus large que Charles-LeMoine, bien peut-être qu'on pourrait éviter qu'il y en ait une à Charles-LeMoine, une à Boucherville, une à Saint-Hyacinthe.

M. Couillard: Non, non! Elle peut.

M. Lamontagne (Yves): Puis là on ne sort pas, là...

M. Couillard: Il n'y en aura pas tant que ça.

M. Lamontagne (Yves): ...puis on augmente toute la patente, là.

M. Couillard: Je m'excuse encore une fois. Elle peut avoir plusieurs contrats d'affiliation avec plusieurs hôpitaux, il n'y a rien qui empêche ça.

M. Lamontagne (Yves): O.K.!

M. Couillard: J'ai fini.

Mme Harel: Écoutez, de toute façon on est quand même ici pour éclaircir tout ça, là.

M. Lamontagne (Yves): C'est ça.

Mme Harel: Ceci dit, vous posez la question de l'agrément, puis je pense que c'est une question très, très fondée que d'autres qui sont venus en commission hier aussi ont soulevée, c'est à savoir qu'il pourrait y avoir entente contractuelle sur cinq ans, signée avant même que l'agrément de trois ans ne soit autorisé et avec tous les problèmes que ça peut soulever. Et, quand on nous a donné l'exemple de l'Alberta... Parce que l'Alberta ne signe pas de contrat avant que l'agrément ne soit octroyé. Alors ça, il y a quelque chose dans votre mémoire, je pense, qu'il faut regarder de près.

Les HMO, là, dont vous parliez tantôt, qui sont actionnaires des HMO?

M. Lamontagne (Yves): C'est des choses privées. Je ne sais pas s'il y a des compagnies d'assurance qui sont en arrière de ça, là, je pense que oui.

Mme Harel: Bon. Mais l'exemple que vous donniez se trouvait, à mon point de vue, à contredire ce que vous veniez de dire, à savoir les HMO, le problème des HMO — puis j'ai en tête une entrevue faite par un médecin, une Québécoise qui est revenue au Québec après avoir travaillé aux HMO, une entrevue dans le journal *Le Soleil* — c'est parce que les actionnaires dans le fond, ils veulent faire de l'argent avec les HMO, alors ils limitent la pratique médicale. Mais les médecins ne sont justement pas les administrateurs des HMO, ils ne sont pas nécessairement majoritaires ni actionnaires. Le problème, c'est justement du fait qu'on limite leur pratique en diminuant dans le fond leur marge de manoeuvre professionnelle. Je pense que ce que vous préconisez avec l'étanchéité des administrateurs des médecins, ça nous ramène aux HMO.

M. Lamontagne (Yves): Non. Deux choses l'une...

Mme Harel: Ça nous ramène à des actionnaires qui veulent faire de l'argent finalement avec...

M. Lamontagne (Yves): Oui, deux choses l'une. Vous savez, on a parlé des conseils d'administration là-dessus. Alors, ça pourrait être sur un conseil d'administration, ça dépend c'est qui on nomme sur un conseil d'administration, même si c'est un truc privé. Premièrement.

Deuxièmement, quand vous parlez HMO, vous parlez de privé-privé. Moi, je ne parle jamais de privé-privé, je parle de partenariat privé-public. Vous le savez comme moi, on en a au Québec, les CHSLD privés conventionnés, depuis 1977, puis ça marche très bien. C'est ça que je parle, pas d'un privé-privé comme un HMO. Un HMO, c'est privé-privé.

Mme Harel: On a du privé-privé dans le projet de loi, là, privé-privé-privé. Les centres médicaux spécialisés non participants, c'est privé-privé-privé, là.

M. Lamontagne (Yves): Oui, mais qui peut marcher à contrat. Ce n'est pas lui qui gère nécessairement, ce n'est pas comme un HMO.

Mme Harel: Ça ne marche pas à contrat, c'est sur l'assurance. Non, ceux qui sont privé-privé...

M. Lamontagne (Yves): Ah oui, l'assurance, mais...

Mme Harel: ...ils ne marchent pas à contrat avec personne puis il n'y a aucun établissement, puis il n'y a que vous qui allez vérifier — le collège, là — qui allez pouvoir vérifier la qualité. Mais il n'y a plus rien d'autre, là. C'est du privé-privé, là.

Une voix: ...

Mme Harel: Oui, oui. Je dis simplement que c'est ça.

M. Lamontagne (Yves): Non, les gens y vont avec des assurances, là, à ce moment-là.

Mme Harel: Oui, c'est ça.

M. Lamontagne (Yves): Bien oui, c'est ça.

Le Président (M. Copeman): Ça vous laisse perplexe, ça, Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): Non, non, je veux juste me situer, là. C'est rare que je suis perplexe, là, mais...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Je pense que j'ai raison pareil, là.

M. Lamontagne (Yves): Hein?

Le Président (M. Copeman): Je pense que j'ai raison pareil.

M. Lamontagne (Yves): Oui, oui. Non, mais c'est parce que privé-privé, là, tu sais, encore là, si... Je sais à quoi Mme Harel pense, parce qu'on vient de clencher, là, avec la clinique... On la cherchait, là. On l'a trouvée, là.

Des choses privé-privé, là, quand même qu'on voudrait mettre ça dans le béton armé, il va toujours y avoir des choses privé-privé, puis, s'ils ne vont pas ici, ils vont aller ailleurs.

À Plattsburgh, moi, je peux vous dire, là, la clinique de dialyse, là, c'est tous des Québécois qui sont là. Ils se font dialyser en Floride l'hiver, puis l'été ils vont se faire dialyser là. Puis, nous autres, on est trop tata pour ramasser cet argent-là. Puis je ne sais pas si vous l'avez vue, la clinique, à Plattsburgh, mais allez donc faire un tour là avant d'aller en Suède, moins cher. Mais ils ont cette notion, par exemple, que ça marche.

Donc, pourquoi qu'il faut obliger les gens à dire: Bien non, tu n'as pas le droit à des services privés? Savez-vous, j'appelle ça le nivellement par le bas. On est pauvres, bien il faut que tout le monde soit pauvre. On n'a pas grand services, bien il faut que tout le monde n'ait pas grand services. Il faut qu'on soit tous pareils: dans la cave, tout le monde, on a de l'eau jusque-là, puis on est toute la gang, puis on a du fun. On peut-u lâcher ça, à un moment donné, puis s'apercevoir qu'on est rendus au XXI^e siècle, puis qu'il faut que ça grouille,

puis la compétition, puis ces affaires-là, puis la mondialisation, sinon on va se faire manger par les autres? Bien, c'est ça. C'est ça. C'est une réalité qui est incontournable. Puis quand même qu'on se mettrait à jouer à l'autruche, si on ne le fait pas comme il faut là, on va se le faire faire par en arrière. Puis là, comme j'ai toujours dit, on va avoir un système de santé à deux vitesses au lieu d'avoir un système de santé en deuxième vitesse. Voilà. Je suis en train de me crinquer encore!

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Bien oui, c'est ça. Vous n'avez pas resté perplexe longtemps, Dr Lamontagne. Il me semble que vous avez repris votre verve habituelle.

Mme Harel: Je constate que vous refinez en lion.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Dr Lamontagne, Dr Robert, merci pour votre contribution au nom du Collège des médecins du Québec.

J'invite le représentant du Conseil pour la protection des malades à prendre place à la table.

Je suspends les travaux de la commission quelques brefs instants.

(Suspension de la séance à 15 h 8)

(Reprise à 15 h 11)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission poursuit ses travaux. C'est avec plaisir que nous accueillons Me Paul Brunet, président-directeur général du Conseil pour la protection des malades.

Bonjour, Me Brunet. Vous avez 20 minutes pour votre présentation, je vais vous aviser quand il en reste trois. Il y aura un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table, par la suite. Nous vous écoutons.

Conseil pour la protection des malades (CPM)

M. Brunet (Paul G.): Merci, M. le Président. M. le ministre, messieurs dames les membres de l'Assemblée nationale. Au conseil, on a quatre problèmes avec le projet de loi.

Le premier: honnêtement on avait cru, au printemps, qu'on voulait régler le problème de trois interventions précises — la cataracte, le genou, la hanche — et on voulait aussi prévoir que l'on puisse s'assurer pour ces trois interventions-là. Ce n'est pas ça qu'on a vu dans le projet de loi.

En effet, à au moins 20 reprises, le législateur propose de parler de tout autre traitement médical spécialisé, dans le projet de loi. Alors, pour nous, la porte est ouverte, il ne suffit que la discrétion du ministre pour ajouter à la liste des soins médicaux spécialisés ou traitements médicaux spécialisés pour que cela non seulement puisse être pratiqué par un contrat avec les centres médicaux spécialisés ou les cliniques

médicales associées, mais aussi, pourquoi pas, être assuré par un assureur privé, cela, évidemment, toujours soumis à la discrétion du ministre de la Santé.

D'ailleurs, j'en profite pour dire: Pourquoi, si, pour ajouter un nouveau traitement médical spécialisé, tel que prévu à 183.1, le ministre se réserve le droit de consulter le Collège des médecins, il ne se soumettrait pas aussi à une commission de l'Assemblée nationale, comme c'est prévu, pour lorsqu'il souhaiterait vouloir ouvrir la porte aux assureurs privés? Si c'est bon, pour déterminer un autre traitement médical spécialisé, de recourir à une commission de l'Assemblée nationale pour savoir si ces soins-là seront ou pourront être assurés par le privé, pourquoi ne s'assujettirait-il pas aussi à une commission de l'Assemblée pour déterminer un autre ou un nouveau traitement médical spécialisé? Premier problème.

Le deuxième: tout usager a le droit de recevoir les traitements ou soins ou services médicaux spécialisés dans le délai prescrit par le gouvernement. Il me serait apparu que cet article de fond, de base aurait certainement confirmé, consacré de multiples engagements du gouvernement, de multiples déclarations, tant du premier ministre. Et encore récemment, le 31 août, M. Charest disait: On s'en va vers ça et la mise en place d'une nouvelle garantie de soins. On peut-u l'écrire, M. le Président? Ce n'est pas dans le projet de loi.

Troisième problème, problème de clarté et de stabilité. Il faut absolument que l'offre des soins et surtout leur dispensation soient clairement établies d'abord pour éviter la confusion auprès des usagers et aussi pour nous assurer que personne n'abusera selon qu'il se trouvera dans une clinique médicale spécialisée qui offre à la fois des soins assurés et des soins qui seraient l'objet d'une entente ou que par ailleurs, malheureusement, cette clinique-là sera composée de médecins non participants et offrira d'autres sortes de soins.

Il y a de beaux exemples de cette confusion-là en tout cas appréhendée, je le soumets respectueusement. Et j'attire votre attention sur au moins deux articles: l'article 42 du projet de loi, qui correspondrait à l'article 22, si je ne m'abuse, de la Loi sur l'assurance maladie, 22.0.0.1; ou encore l'article 11, quand on parle, à 333.3.2°, des difficultés et des risques de confusion qui pourraient être jetés dans le public ou chez les usagers.

Le quatrième problème, c'est la garantie d'efficacité, hein? La consultation qui a été faite au printemps — et le titre est évocateur, *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité* — je n'ai pas rien trouvé là qui consacrait un engagement de l'État de voir s'améliorer le réseau de la santé, outre, et c'est tout à l'honneur du législateur, d'instaurer un mécanisme de gestion des listes d'attente qui est proposé par le projet de loi. Mais justement le fameux mécanisme central, peut-être que c'est une erreur ou une coquille, mais, à 185.1, le mécanisme central, duquel découleront toutes les autres dispositions, parle de services spécialisés, alors que, dans le reste du projet de loi, on parle plutôt de traitements ou de services médicaux spécialisés. Est-ce que c'est par exprès que le législateur propose d'avoir une liste qui comporterait d'autres affaires que des traitements ou des services médicaux spécialisés dont il est question et au sujet desquels on souhaiterait, nous, au conseil, avoir une garantie d'accès?

J'entendais le Dr Lamontagne dire tantôt: Ce n'est pas un crime, le privé. Je me suis senti visé. Mais je veux rappeler que, depuis 1998 au moins, lors du comité Arpin, le conseil n'a jamais eu rien contre le fait que les enveloppes, les coquilles, des outils, des équipements, des infrastructures qui pourraient servir à soigner du monde soient privés. Là où on avait un problème, et on cherchait une assurance, c'est que ces soins-là seraient constamment et toujours assurés par de l'argent public.

Alors, si c'est le cas, puisque maintenant nous ouvrons la possibilité de faire et d'utiliser des ressources privées dont les soins seraient par ailleurs payés par le public, garantissons maintenant l'accès au public, garantissons l'accès aux usagers. Pourquoi on ne peut pas le faire? On ouvre la porte à d'autre monde, à d'autres ressources, puis, encore une fois, dans le projet de loi, on n'a pas de garantie, nous, les usagers, qu'on va recevoir les soins dans un délai fixé.

M. le Président, je trouve ça dommage qu'on n'ait pas saisi l'occasion, comme on l'avait pourtant promis au printemps, de dire que désormais, au moins pour la hanche, la cataracte puis le genou, les gens vont être traités dans un délai fixé par un règlement du gouvernement, pas il va être fixé selon ce que le ministre estimera — avec tous les égards et le respect que je vous dois, M. le ministre, évidemment — et encore moins selon ce que le responsable du mécanisme central estimera que peut-être un service pourrait risquer de ne pas... Ce n'est pas sérieux, M. le Président.

On s'est penchés ici, au printemps dernier, pour dire: O.K., «fine!», on y va avec les cliniques privées, mais garantissez le droit des usagers de recevoir des traitements dans un délai prescrit par le gouvernement. Il faut sortir la discrétion politique, malgré qu'elle peut être très noble, là, je n'ai rien contre ça, mais elle éviterait, je pense, si on sortait ça de la discrétion politique ou bureaucratique, d'avoir des différences d'abord entre les régions, selon qui pousserait sur quoi, selon les pressions ou selon les cas que, nous, on amènerait à TVA ou je ne sais trop où, et cela, il me semble, consacrerait beaucoup plus un droit fondamental que, je pense, nous partageons tous, d'être traités au moins pour ces trois interventions-là. Ça, c'était les quatre problèmes que l'on avait avec le projet de loi.

Quelques petits éléments — parce que je ne veux pas répéter le mémoire qu'on vous soumet aujourd'hui. Pourquoi, en instaurant le mécanisme central ou lors de sa gestion ou de son examen, à 185.1, puisque l'on propose de consulter les CMDP — pour qui j'ai beaucoup de respect d'ailleurs — pourquoi on ne proposerait pas aussi de consulter les comités d'usagers? Ce serait une belle occasion, je pense, de donner un coup de chapeau aux comités d'usagers et enfin proposer quelques autres pouvoirs. En tout cas, je lance la suggestion au ministre.

● (15 h 20) ●

Alors, grosso modo, M. le Président, c'était principalement ma présentation. Je ne veux pas revenir encore une fois sur ma proposition, mais je veux rappeler que, pour moi, très humblement soumis, on évoque ou on parle des centres médicaux spécialisés et des cliniques médicales associées 71 fois dans le projet de loi. Il y a 50 articles. Si on n'a pas décidé d'ouvrir à des cliniques, bon, de participants ou de non-participants, je

ne sais pas qu'est-ce qu'on a voulu faire. Je suis prêt à le prendre, ça. Garantissons, par ailleurs et en contrepartie, le droit fondamental des usagers d'être traités au moins pour les trois choses dont on a parlé au début et pour lesquelles je pensais honnêtement que le projet de loi clarifierait ou préciserait, et faisons-le aussi par un délai fixé par règlement.

Et encore une fois je soumetts humblement... J'entendais, hier, les gens de... je pense, c'est des assureurs privés qui disaient: Vous n'allez pas assez loin, c'est trop discret. Je crois personnellement que, dans l'état actuel des choses et si on avait un ministre de la Santé qui n'était pas gentil, tous les soins ou traitements médicaux spécialisés pourraient être sur la table, pourraient faire l'objet d'entente ou pire encore. Et j'attire votre attention sur l'amendement proposé à la Loi sur l'assurance maladie, qui serait, dans ce cas-ci, l'article 15, si je ne m'abuse ou plutôt... oui, 15. Alors, la loi serait modifiée pour prévoir qu'un assureur ou une personne qui administre un régime d'avantages sociaux peut conclure un contrat d'assurance uniquement si le contrat ou le régime ne couvre aucun autre service assuré que ceux... — puis là on nomme les trois, la hanche, le genou puis la cataracte — ou tout autre traitement médical spécialisé déterminé par notre ministre de la Santé conformément à l'article 15.1.

Je vous soumetts que, dans l'état actuel, littéralement interprétée, la loi ouvre la porte à tout, autant pour avoir des contrats pour tout, quelqu'un qui serait mal intentionné pourrait dire qu'on pourrait vider littéralement les hôpitaux du Québec des traitements ou des services médicaux spécialisés; pire, qu'on pourrait les offrir aux assureurs privés. Dans l'état actuel de sa rédaction, je vous soumetts qu'il va y avoir des révisions à faire parce que c'est comme ça qu'on peut le lire, si on est mal intentionné. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, Me Brunet. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Bonjour, M. Brunet, c'est toujours un plaisir de vous rencontrer. Je pense qu'on va se rassurer qu'on est tous bien intentionnés dans cette salle, là. Je dirais qu'effectivement l'intention affirmée demeure, c'est-à-dire de mettre en place dans un premier temps une garantie pour les trois procédures fixées, pour l'étendre le plus rapidement possible à l'ensemble des procédures chirurgicales. Et je crois qu'on en est capables, je l'ai expliqué plusieurs fois.

On n'est pas loin de là. La perception, c'est qu'on est loin. Non, on n'est pas loin, on est très proches de ça. En radio-oncologie, on est rendus là. En chirurgie cardiaque, on est rendus là. En cataracte, on l'a entendu hier, on y est, à quelques cas près, là. Les chirurgies orthopédiques, ça va être plus difficile, surtout le genou, mais on n'est pas loin de l'objectif. Donc, ça va se faire. Et par la suite une fois cette méthode... Parce que c'est une nouvelle culture dans le réseau. Vous savez très bien, vous avez été là longtemps, l'accès, en termes d'attention individuelle et constante dans les établissements, même si c'est la mission fondamentale de l'établissement, n'a pas toujours été au premier plan, là. Il y a bien d'autres choses dont les établissements

s'occupent également, comme vous le savez. Mais il faut ramener ça au premier plan.

Vous êtes revenu plusieurs fois là-dessus, puis je vais tout de suite m'y adresser, la question de la légalisation de la garantie d'accès. C'est une question que beaucoup d'États dans le monde ont étudiée, et en fait il n'y a aucun État dans le monde qui a légalisé ou enchâssé dans un texte de loi une garantie d'accès. Pourquoi? Parce que ça ne marche pas. Ce n'est pas ça qui fait que ça marche. Exemple, l'Angleterre: ils ont marqué, au début des années quatre-vingt-dix, que c'était six mois pour les chirurgies, ils ont été obligés d'abroger ça, ça ne marchait pas malgré que c'était dans la loi.

Parce que ce qui fait que ça fonctionne, c'est d'abord que les moyens soient là bien sûr et également que les moyens d'agir dans les établissements soient en place. Donc, ce que la loi crée, c'est une obligation de moyens, mais il n'y a pas... même qu'on le fait en médecine. Vous savez très bien, vous êtes avec les usagers du service de santé, il n'y a jamais de garantie de résultat, garantie de moyens. On va arriver le plus près possible du résultat et probablement au résultat dans plusieurs cas. Mais c'est ce qu'on doit faire dans un texte de loi. Le texte d'un document de consultation, ce n'est pas quelque chose qui se transforme automatiquement dans un texte légal. Vous êtes avocat vous-même, je pense que vous le savez bien.

Il y a quelque chose que je vais vous expliquer également, pour la question des traitements médicaux autorisés, et je vais l'expliquer parce que je réalise que ce n'est pas évident quand on lit le texte. Lorsqu'on crée des centres médicaux spécialisés, un des objectifs qu'on poursuit, M. Brunet, c'est d'empêcher la création d'hôpitaux privés. Et d'ailleurs c'est pour ça qu'on réintroduit la prohibition d'assurance hospitalisation dans le texte de loi.

Donc, ce qu'on fait, c'est qu'on délimite les procédures pour lesquelles un centre médical spécialisé avec des médecins non participants, là... pour lesquelles il peut pratiquer parce que ça nécessite un peu d'hébergement, les personnes doivent coucher à l'hôpital. Vous savez très bien que ça existe. Aujourd'hui même où on se parle, il y a des gens qui se font opérer à Montréal pour une prothèse de hanche puis qui vont passer deux, trois jours là. Ce n'est pas un hôpital, on ne sait pas trop ce que c'est, mais ils sont là.

Maintenant, dans ces cliniques-là, il se fait beaucoup plus de choses que les prothèses de hanche, genou et cataracte. Alors, il est probable que soit d'ici l'adoption, soit après l'adoption, en termes d'annexes ou de règlements, on fasse un état de la situation réelle et qu'on mette en place une liste de toutes les procédures chirurgicales et techniques qui sont actuellement présentées dans ces cas-là. Donc, c'est tout à fait différent de l'ouverture supplémentaire à l'assurance privée, qui est un tout autre débat.

Le but de cet article-là, c'est de refléter la réalité et non pas d'en créer une, parce que la réalité, elle est là actuellement, on le sait très bien. Donc, l'ouverture de l'assurance privée, c'est autre chose tout à fait. Et, comme vous l'avez bien souligné, pour nous, il n'y a aucune relation de cause à effet ou de lien à faire entre l'amélioration de l'accès aux soins et l'introduction de l'assurance privée. En ce qui nous concerne, c'est une question de droit dont on espère que les Québécois ne

trouveront pas nécessaire de se prévaloir compte tenu de ce qu'on fait dans le système de santé public, incluant le développement des cliniques affiliées.

Je trouve ça intéressant, la question de la consultation du comité des usagers. Vous voyez qu'il y a des collègues également qui réagissent favorablement à ça. Mais comment est-ce que vous voyez ça en pratique? C'est au moment de conclure une entente avec un centre médical associé qu'il faudrait consulter le comité des usagers? Comment est-ce que vous envisagez ça?

M. Brunet (Paul G.): Bien, en fait, M. le ministre, au même moment où il y aurait consultation des chefs de département de cliniques concernées et du conseil des médecins, et ce moment-là serait donc avant qu'il — le mécanisme — soit instauré. 185.1.

M. Couillard: D'accord. Pour ce qui est d'un domaine qui nous intéresse au plus haut point dans vos activités quotidiennes, la surveillance de la qualité et de la sécurité des soins dans ces centres-là, dans ces cliniques-là, vous avez lu que, pour ce qui est des centres médicaux associés, on prévoit que les médecins soient membres d'un CMDP, qu'il y ait un contrôle de l'acte médical et un mécanisme de plaintes qui soit à peu près similaire à celui des établissements. Je suppose que vous accueillez ça favorablement. Oui?

M. Brunet (Paul G.): Oui. On n'a pas commenté.

M. Couillard: Maintenant, pour l'autre partie du monde des centres médicaux privés, soit les non-participants soit les participants qui ne sont pas conventionnés, on suggère, dans le texte de loi, qu'on puisse demander un avis ou une inspection au Collège des médecins. Vous avez entendu tantôt le Collège des médecins, ils disent: Ce n'est pas nécessaire de nous le demander, on va le faire de toute façon parce que c'est notre mission, puis l'État n'a pas à nous dire qu'est-ce qu'on doit faire. Quelle est votre opinion sur cette question?

M. Brunet (Paul G.): Pour être honnête avec vous, évidemment, je suis un petit peu suspect quand je vois des dispositions qui proposent que le Collège des médecins soit associé — je ne devrais pas dire ça, j'espère que le Dr Lamontagne a quitté — à une démarche, je me dis: Ah, il va y avoir de la connivence. Mais là, après l'avoir entendu, je suis plus rassuré, je vous avoue.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Brunet (Paul G.): Cela dit, évidemment, on n'a pas de difficulté avec le fait que le Collège des médecins, dans sa grande sagesse, puisse donner son avis à l'égard de ces cliniques-là, ces centres-là, ou encore sur ce qui s'y fait ou ne s'y fait pas. J'ai beaucoup plus peur de la confusion. Et d'ailleurs le projet de loi l'admet presque, hein, avec les deux exemples que je donnais, là, sur la possibilité ou l'obligation pour le médecin participant ou non d'afficher les tarifs pour les affaires qui sont couvertes, les affaires qui ne sont pas assurées.

Écoutez, je sais qu'il y a déjà des cliniques privées, là, qui font ça parce que le gouvernement les charge de faire certaines choses, mais vous comprenez que, pour moi, dans l'état actuel de la rédaction, ça pourrait vouloir dire énormément de choses. D'ailleurs, s'il y avait une opacité et autant de garanties, pourquoi vous garderiez-vous cette discrétion de pouvoir empêcher que des gens changent de statut selon la situation? Vous le faites dans une des dispositions du projet de loi.

Moi, je pense — et d'ailleurs c'est une des recommandations, j'avais oublié de la mentionner — que, pour éviter que du monde swigne d'un bord et de l'autre, on devrait dire qu'à partir d'aujourd'hui, si vous changez de statut, votre changement de statut, il dure pendant trois ans. Tu veux l'essayer? Essaie-le, mais tu vas le prendre pendant trois ans. C'est notre troisième recommandation.

M. Couillard: Bien, là-dessus, justement, j'avais une question pour vous. Je comprends le but que vous visez, c'est qu'il n'y ait pas de... Bon. Par contre, si quelqu'un devient non participant, on peut souhaiter qu'il redevienne ou qu'elle redevienne participant ou participante. Et pourquoi l'empêcher de le faire?

M. Brunet (Paul G.): O.K. Ce serait, à ce moment-là, peut-être...

M. Couillard: Unidirectionnel, donc. On pourrait swigner comme ça.

M. Brunet (Paul G.): Oui. Nous autres, on peut le ramener, mais lui, il ne peut pas revenir.

• (15 h 30) •

M. Couillard: O.K. Il faudrait voir si ça tient le coup pour les libertés individuelles, là. C'est toujours l'élément qu'on doit considérer, parce que ce qu'on se permet dans le projet de loi, c'est de suspendre, s'il y a des problèmes d'accessibilité, la non-participation dans une région, ce qui est beaucoup plus que ce qui existe actuellement, en passant, dans le texte de loi, hein? Mais ce que vous suggérez à mon avis, on ne risque pas de se tirer dans le pied un peu, là? Supposons que quelqu'un se rend compte que, coudon, dans le fond, le système de santé, ce n'est pas si pire, je veux retourner travailler, là, on l'empêche?

M. Brunet (Paul G.): Bien, on décidera si on le ramène, mais lui ne pourra pas de son propre chef.

M. Couillard: O.K. C'est moi encore qui va être obligé de décider ça, là?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Brunet (Paul G.): Oui, vous, ça va. Mais, M. le ministre, permettez-moi, là, à 42 du projet de loi, qui donne 22.0.0.1, tu sais, quand vous dites: «[Le médecin] doit afficher à la vue du public, dans la salle d'attente du cabinet ou du centre médical spécialisé [...] — ou peut-être même de la clinique médicale associée, là, je présume que vous avez oublié d'écrire ça — le tarif des services, [...] prescrits ou prévus qu'il peut réclamer de ses patients[...], ainsi que celui des services médicaux qu'il rend ou qui sont non assurés,

non considérés comme assurés par règlement ou non déterminés comme assurés», j'ai hâte de voir les affiches.

M. Couillard: Mais c'est parce que, Me Brunet, c'est clair qu'il faut faire ça, là. Je vais vous expliquer. C'est parce que d'abord, dans les cliniques associées, il n'y en aura pas, de frais accessoires. Déjà, on met ça de côté.

Maintenant, dans les autres, actuellement, là, encore une fois on ne crée rien, on essaie d'interpréter juridiquement la réalité d'aujourd'hui même au Québec. Si vous allez vous faire opérer dans un centre avec des médecins participants, à Montréal ou à Laval par exemple, ils vont vous demander 200, 300, 400 \$ comme frais accessoires en plus. Évidemment, ils ne vous chargeront pas l'acte chirurgical, ils vont le facturer à la RAMQ parce qu'ils sont participants, mais ils vont vous demander ce qu'on appelle des frais accessoires. Actuellement, c'est très difficile, certains le font mais pas tous. Si on me demande 400 \$, j'aimerais bien savoir pourquoi on me demande 400 \$, qu'est-ce qu'il y a là-dedans, tu sais? Il me semble que c'est la moindre des choses qu'on puisse demander comme consommateurs ou comme citoyens, là.

M. Brunet (Paul G.): Mais, parce qu'il s'agirait d'une première en tout cas qui serait offerte à autant de monde dans la population plutôt qu'exceptionnellement, selon le recours que le gouvernement ou les agences font de services auprès des cliniques privées, est-ce qu'on ne pourrait pas commencer justement par les trois interventions ou les trois traitements médicaux spécialisés? Au moins, que le monde sache, quand ils vont dans le privé mais que l'État va payer pour, que c'est pour ça, la hanche, la cataracte et le genou. Or, présentement, je le disais tantôt, tout est ouvert. Alors, je ne sais pas ce que ça va donner dans cinq ou 10 ans, mais...

M. Couillard: C'est parce que, là, avec respect, là, on mélange deux choses. Les cas non conventionnés, là il y a des frais accessoires à divulguer. Maintenant, les centres médicaux associés, nous, on ne veut pas qu'il y ait des prothèses de hanche puis de genou qui se fassent là. Ce n'est pas là qu'ils vont se faire, ils vont se faire dans les hôpitaux, peut-être parce que les hôpitaux auront choisi de prendre une partie de leur chirurgie ambulatoire — une partie — puis de l'envoyer dans la clinique affiliée pour faire plus de chirurgie. Mais, à ce moment-là, ce n'est pas le type de chirurgie qu'il faut indiquer pour le citoyen, c'est le type de clinique.

Ce qu'on nous a dit, au début de la consultation et qui m'a semblé sensé, c'est que le permis qu'on émet devrait spécifier jusqu'au bout le statut de la clinique. Donc, comme citoyen, je devrais savoir: Est-ce que c'est une clinique privée avec des médecins participants ou non participants? Si c'est une clinique privée avec des médecins participants, est-elle conventionnée ou non? Et, si elle est conventionnée, pour quels types de chirurgie? Là, je réponds à votre objectif. Mais la garantie d'accès pour la hanche et le genou — mettons la cataracte de côté — elle va se faire indirectement à l'aide des cliniques associées ou des centres associés lorsque ce sera le cas, et pas partout, d'ailleurs.

M. Brunet (Paul G.): Oui. M. le ministre, je vous lance une contre-proposition. Si vous ne pouvez

pas déterminer de... si vous ne voulez pas déclarer de droit dans un délai fixe, est-ce qu'on ne pourrait pas au moins dire que l'usager a le droit d'être traité dans un délai raisonnable plutôt que vous laisser ce fardeau-là à vous, en votre qualité, de l'estimer? Fixons-le au moins, déclarons-le au moins, il me semble, en tout cas. Si c'est ça, la garantie d'accès dont vous parlez, je vous soumets qu'on va être obligés de l'écrire en quelque part que l'usager a le droit de recevoir un traitement médical spécialisé dans un délai raisonnable.

M. Couillard: Ça pourrait servir peut-être de préambule comme étant l'objectif du texte de loi. Mais il faut être prudent avec ce qu'on met dans les articles de loi, comme vous le savez, puis d'autant plus que, le délai raisonnable, il y aura autant de définitions qu'il y aura de personnes dans la salle, hein? Il y a une question de jugement là-dedans qui intervient. Puis la littérature scientifique est loin d'être éloquente à ce sujet-là. C'est une découverte qu'on fait lorsqu'on étudie la question, là. Les articles qui disent que, pour telle opération, il faut que tu sois opéré avant tant de temps parce que sinon c'est moins bon, il n'y en a pas beaucoup, puis, s'il y en a, des fois ils ne sont pas solides. Alors, c'est une question également de sens commun, tu sais.

Le gouvernement britannique, eux autres, ce qu'ils ont fait, ils ne se sont pas trop préoccupés justement de cette question de délai médicalement acceptable, ils se sont dit: Bon, on va viser six mois pour tous les types de chirurgie. Je pense que c'est ce qui apparaît raisonnable à nos concitoyens et concitoyennes également. On met de côté bien sûr ce qui menace la vie des gens, là, mais, pour des procédures électives, je pense que la plupart des gens trouvent raisonnable d'attendre peut-être six mois après la demande. Je pense qu'on doit en venir là. Il faut se garder un peu de latitude dans la fixation des délais parce que, si on est trop serrés, on risque de se piéger justement, à mon avis.

M. Brunet (Paul G.): Au moins enlever la discrétion à la bureaucratie.

M. Couillard: De quelle discrétion parlez-vous?

M. Brunet (Paul G.): Bien, celle qui est remise... J'ai beaucoup de respect pour les bureaucrates, j'en suis moi-même un, vous le savez.

M. Couillard: Dans un autre réseau que celui de la santé, hein, d'ailleurs?

M. Brunet (Paul G.): Oui. Quand il est question que le directeur général fasse rapport sur le temps d'attente ou que le responsable du mécanisme central estime, j'ai plus de difficultés avec ça. En tout cas, là, on est en train de chercher un compromis — je ne veux pas que Mme Harel dise que je finis en mouton — mais avoir le droit d'être traité dans un délai raisonnable et que ce délai-là ne soit pas l'objet de risque d'arbitraire, encore moins de politique et, si possible, encore moins de discrétion bureaucratique, qui, elle, on le sait, n'est pas redevable devant les citoyens.

M. Couillard: Bien, je pense que la fixation du délai raisonnable ne sera pas l'objet de discrétion région par région, c'est une instruction globale pour le réseau de la santé, comme on le fait pour hanche, genou, cataracte. Ça, c'est clair.

La question d'estimation, là, pourquoi c'est là, c'est que justement un des buts visés par le mécanisme de gestion de l'attente, c'est que la personne responsable soit en mesure d'estimer le plus rapidement possible si, oui ou non, cette personne va être capable d'être traitée dans les délais prescrits ou recommandés. Et c'est là qu'on doit mettre en place des mesures d'offres alternatives, etc., de traitement.

Enfin, regardez, toutes vos propositions sont là, on va certainement les étudier avec beaucoup d'attention. Notamment, votre mention du comité des usagers, on va s'assurer que ça puisse se faire sans nuire à l'ensemble du processus, bien sûr.

M. Brunet (Paul G.): Merci.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, Me Brunet, si le Conseil pour la protection des malades et vous-même n'existiez pas, il faudrait vous créer parce que vous apportez une dimension qui est absolument essentielle au débat public. C'est non pas celle, dogmatique, de savoir s'il faut tel mode de propriété ou pas, mais essentiellement quel est le service ou l'accès aux soins qui puissent être donnés sans que la personne ait à déboursier. Tu sais, si je résume, là, c'est ça que vous poursuivez, puis vous le poursuivez quels que soient les gouvernements et successivement. Alors, je veux vous féliciter puis vous remercier d'être ici puis aussi féliciter l'équipe avec laquelle vous travaillez. Vous voyez, dans notre société, je crois que c'est une des dimensions extrêmement importantes pour une démocratie qu'il y ait finalement des gens qui, comme vous, acceptez de vous impliquer. Vous travaillez dans le réseau municipal, mais vous venez vous impliquer dans un autre réseau. Moi, je trouve ça extrêmement important. Bon.

À la lecture de votre mémoire, moi, ce que j'en conclus, c'est que le titre du document de consultation, au printemps dernier, était trompeur: *Garantir l'accès. Garantir l'accès*, avec le projet de loi, il n'y a pas aucun article qui garantit l'accès. Alors, on garantit qu'il va y avoir un mécanisme, mais on ne garantit pas l'accès. Ça, il faut être très, très clair parce que la confusion, ça engendre la méfiance de la population. Quand on dit une chose puis qu'on ne la fait pas, alors il y a comme une sorte de cynisme qui s'installe. Ça, c'est le premier aspect.

Le deuxième, c'est que, je le dis, je le répéterai même quand le ministre y sera, là, mais il est certain qu'on ne légifère pas en pensant que c'est l'auteur du projet de loi qui va avoir à l'appliquer. On légifère pour que ça dure. On légifère dans la pérennité des choses, hein? Alors, il y a un parrain du projet de loi, là. Si on regarde le projet de loi n° 33, c'est indiqué: Présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux, puis là

son nom. Mais vraisemblablement, pour toutes sortes de raisons qui ne sont pas nécessairement liées à sa personne, qui peuvent l'être mais qui peuvent être liées aussi à la volonté de la population de changer de gouvernement ou encore à la volonté du premier ministre de changer de ministre, alors on légifère pour d'autres. Bon.

Et ce que je comprends, c'est qu'un autre pourrait, par exemple, ouvrir irrévérablement la porte au privé dans toutes les dimensions d'accès aux soins de santé. Et vous le décrivez, là, avec tous les articles, c'est impressionnant, c'est vraiment impressionnant. Je ne veux pas en faire une lecture qui pourrait être un peu fastidieuse, là, mais il y en a 71, vous avez dit, 71 ouvertures virtuelles mais qui pourraient devenir actuelles, hein?

● (15 h 40) ●

M. Brunet (Paul G.): Le projet de loi parle 71 fois ou évoque 71 fois les «centres médicaux de traitements spécialisés» ou «cliniques médicales associées» et parle 18 fois de «tout autre traitement médical spécialisé déterminé par le ministre».

Mme Harel: 18 fois.

M. Brunet (Paul G.): 18 fois, «tout autre traitement médical spécialisé ou tout autre service médical spécialisé».

Mme Harel: Cela a amené des organismes qui vont ont précédés ici, en commission parlementaire, en fait, à affirmer que, plutôt que de donner suite au jugement Chaouilli, ce que fait principalement le projet de loi, c'est la libéralisation éventuellement des soins de santé. Bon. Le ministre dit: Vous pouvez vous fier sur moi. La bonne foi se présume, hein, je pense qu'on peut présumer de la bonne foi du présent ministre, mais on ne légifère pas pour lui, on légifère pour lui puis les successeurs qui viendront.

Alors, nécessairement, la question qui est posée, par exemple, est la suivante, pour moi: Comment expliquer un article, dans le projet de loi, qui dit, bon, qu'un établissement ne peut conclure une entente visée au premier alinéa avec l'exploitant d'un centre médical spécialisé non participant? C'est dit en langage plus codé, là, «visé au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 333.3». Bien, on y va, à 333.3, et on se rend compte que ça réfère, 333.3, paragraphe 2°, à des médecins non participants. Ça veut dire que ce serait donc possible qu'un établissement, avec des médecins non participants, signe une entente et le ministre va l'autoriser. Bon. Alors là... Mais il faut se fier, c'est comme un acte de foi, ce projet de loi là, il faut se fier. Et pourquoi faudrait-il qu'un établissement public signe une entente avec un centre médical spécialisé non participant, mais ça veut dire totalement privé?

M. Brunet (Paul G.): Je présume que M. le ministre va vouloir répondre. Mais, moi, j'ai une théorie, c'est que, si on avait vraiment voulu nous assurer... Et je n'ai rien contre les cliniques médicales de médecins non participants. Là où j'en ai, je l'ai dit à M. le ministre tantôt, c'est de nous assurer que, s'il y a du monde qui part une clinique de médecins non participants pour

passer éventuellement une entente pour pouvoir faire des interventions — j'aimerais ça que ce soit juste la hanche, la cataracte et le genou — bien qu'ils ne puissent pas revenir dans le réseau comme bon leur semblera, à moins que, dans sa grande sagesse, le ministre décide de les ramener lui-même, pour que d'abord il n'y ait pas de confusion mais qu'on...

Et encore là je le disais tantôt, je n'ai rien, on n'a rien contre le fait qu'une coquille, qu'une organisation, que des salles d'opération soient privées en autant que, quand il y a un traitement, ce traitement-là soit payé par l'État, puisqu'il est assuré en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.

Mme Harel: Mais, à ce moment-là, est-ce qu'on n'est pas en train de détourner tout ce qui est le virage ambulatoire? Parce que, tantôt le ministre en a glissé un mot, là, plutôt que d'investir pour équiper les établissements pour procéder aux chirurgies d'un jour, qui constituent une part importante, hein... Comme vous le savez, les listes d'attente, c'est presque la moitié des dizaines de milliers de personnes en attente hors délai médicalement acceptable qui le sont pour une attente de chirurgie d'un jour. Alors, est-ce que plutôt que d'équiper, ce qui va se produire, c'est que, dans la composante immobilière, il va y avoir... Dans la composante immobilière du contrat signé avec un centre médical spécialisé privé, là, il va y avoir les équipements, il va y avoir l'immobilisation, il va y avoir tout ça dans cette composante-là. Ça veut dire qu'on va prendre des fonds publics pour équiper un centre médical spécialisé totalement privé.

M. Brunet (Paul G.): C'est-à-dire qu'on va payer pour que l'intervention qui s'y fera, elle, soit payée. Qu'est-ce que les médecins et les exploitants feront de cet argent-là, cela leur reviendra. Mais je dois vous dire qu'une agence — M. le ministre me corrigera — pourrait, avec l'état actuel de rédaction de la loi ou du projet de loi, passer une entente avec une clinique privée pour tout service médical, médicaux, y compris des services médicaux assurés qui, s'ils étaient faits hors les murs d'un établissement de santé public, seraient considérés comme non assurés. Alors, on se donne de la latitude, là, et c'est ça qui m'inquiète un peu. Puis, je vais être franc avec vous, on a rarement vu ou eu, au CPM, autant d'échanges fructueux avec M. le ministre, en sa personne. Mais qu'est-ce qui va arriver quand tout ça pourra s'articuler et sera encore remis dans les mains et la discrétion d'un ministre de la Santé? Je ne le sais pas, mais ça, ça m'inquiète. C'est pour ça que j'essaie de donner une garantie puis de sortir cette discrétion-là qui est pas mal généralisée, de notre vision en tout cas, dans le projet de loi.

Mme Harel: Parce que la question qui est posée, c'est: Est-ce qu'on a les moyens d'équiper le public et le privé, hein? En d'autres termes, un établissement qui réclame des équipements, là... Ce matin, à l'occasion de la reddition de comptes d'une agence — on en fera plusieurs, là, dans les semaines qui viennent, notamment, ce matin, c'était l'agence de la Capitale Nationale — on voit qu'il y a des équipements qui sont manquants, qu'il y a des spécialistes qui disent:

Je ne peux pas faire de radio-oncologie, je ne peux pas faire... parce qu'il y a des équipements manquants. Est-ce qu'on va payer ces équipements à même la composante immobilière dans les cliniques médicales privées, faute... Et, à un moment donné, qu'est-ce qu'on va choisir en priorité?

M. Brunet (Paul G.): Bien, nous, on pense encore qu'il y a moyen de faire mieux avec le 22 milliards qu'on dépense pour la santé et les services sociaux. Cela dit, on a dit au ministre, au printemps dernier, qu'on avait une ouverture pour le fait de se faire aider par des infrastructures et des cliniques privées mais pas sans qu'il y ait des garanties. Je pensais qu'il y aurait un pendant, tu sais: on ouvre au privé, mais par ailleurs on garantit l'accès. Là, on n'est pas plus avancés, sauf que, oui, il y aura l'instauration d'une liste et d'un mécanisme obligatoire, puis les hôpitaux qui ne s'y conformeront pas auront des difficultés. Mais, cela dit, on n'est pas plus avancés, en tout cas, demain matin, pour nous assurer que les gens seront traités plus rapidement même en ayant recours aux cliniques privées. C'est un petit peu désolant, en tout cas sur papier.

Je comprends les réserves de M. le ministre, mais je me dis: Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen, en contre-partie de l'ouverture au privé, des choix que l'on fait, hein... Parce que c'est sûr que des gens, sinon des syndicats, vont voir arriver ça comme: C'est ça, on va donner des sous au privé, alors que le public en manque désespérément. Et c'était une de mes interrogations, tantôt. J'aurais souhaité — il serait peut-être intéressant, puis il n'est pas trop tard — qu'on s'engage aussi à continuer à améliorer le réseau public si on y croit encore. Je croyais, moi, que le mot «efficience» voulait dire ça dans le document de... Peut-être que je me suis trompé. Mais, si ça veut dire ça, est-ce qu'on ne pourrait pas avoir un petit coup de chapeau pour le réseau public? C'est une suggestion que je faisais — je pense que c'est ma recommandation n° 4 ou 3, je ne me souviens plus — où on pourrait, dans une disposition, dans une future loi... «Le ministre doit veiller à la constante amélioration du réseau public de santé et, pour ce faire, il doit notamment comparer son efficience partout au Québec avec celle des cliniques et centres de services et de soins médicaux spécialisés autorisés...» Ce serait peut-être sympathique. En tout cas.

Vous le dites un petit peu, hein, il va falloir aussi donner quelques engagements en regard du réseau public, parce qu'interprété littéralement encore une fois on pourrait... et je n'ai aucune raison de le croire présentement, mais on pourrait sortir bien des affaires du réseau public puis le donner aux cliniques privées, selon... Et ça, c'est un rempart, par exemple, et une garantie que le ministre donne, c'est qu'avant de faire assurer d'autres soins une commission de l'Assemblée nationale devra se pencher. Ce serait le fun d'avoir cette même garantie là pour la détermination des autres traitements médicaux spécialisés. Présentement, il se donne la discrétion de ne consulter que le Collège des médecins. Ce serait peut-être bien de revenir en commission, comme il le propose pour la question d'assurance.

Mme Harel: Alors, je vous remercie de cette contribution, et d'autant que, dans le mémoire que vous

avez présenté, vous nous rappelez des constats rapportés dans la littérature, notamment que le taux de pénétration du secteur privé en santé, plus il est grand, plus le taux de population n'ayant pas accès aux soins de santé est grand. Et vous ajoutez que, quel que soit le rôle ou l'apport du privé, dans la littérature à ce sujet-là, là, sa présence correspond toujours à une croissance des dépenses totales en soins de santé et jamais une diminution des dépenses publiques.

Alors, tout ça fait en sorte, là, qu'il ne faut pas déshabiller Pierre pour habiller Jacques, là. Et c'est le danger de l'application, disons, des dispositions d'un projet de loi qui se verrait appliqué de telle manière... Je ne parle pas nécessairement de l'actuel ministre, là, je pense que vous y étiez, tantôt, au moment du dépôt du mémoire du Collège des médecins, ses orientations personnelles étaient claires, mais il n'est pas, disons, éternel, hein?

● (15 h 50) ●

M. Couillard: ...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Il a même laissé entendre, il me semble, au *Soleil* qu'il pourrait être disposé à d'autres missions, à remplir d'autres défis. Alors, il vaut mieux nous-mêmes nous protéger comme société, pas contre lui mais contre ses successeurs.

Le Président (M. Copeman): Me Brunet, merci pour votre contribution à cette commission parlementaire au nom du Conseil pour la protection des malades.

J'invite les représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à prendre place à la table. Je suspends les travaux de la commission quelques instants.

(Suspension de la séance à 15 h 51)

(Reprise à 15 h 54)

Le Président (M. Paquin): La commission reprend ses travaux. Nous recevons maintenant la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Ça va être le Dr Dutil, sauf erreur, qui va faire la présentation.

Donc, je vous explique rapidement un peu la procédure. Nous passons une heure ensemble: 20 minutes pour votre mémoire, pour la présentation de votre mémoire, 20 minutes de discussion avec le ministre et les députés du côté ministériel et par la suite 20 minutes du côté de l'opposition, le tout pour une heure, comme je viens de le mentionner. Donc, Dr Dutil, je vous invite à présenter les gens qui vous accompagnent et à nous faire part de votre mémoire.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Dutil (Renaud): Alors, merci, M. le Président. M. le ministre, Mme Harel, MM., Mmes les parlementaires. À ma droite, le Dr Louis Godin, qui est le premier vice-président de notre fédération; Me Christiane Larouche, de notre contentieux; et, à ma gauche, Me Pierre Belzile, qui est responsable de notre contentieux.

Alors, je vous remercie de nous inviter à faire connaître notre opinion sur le projet de loi n° 33. Nous avons procédé bien sûr à une analyse fine de ce projet de loi. C'est un projet qui fait suite au document *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Alors, il nous apparaît que ce projet dans l'ensemble est fidèle aux deux grands objectifs poursuivis par le gouvernement, à savoir d'améliorer l'accès aux services de santé — et on parle de délais raisonnables ici — et répondre au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis, là, dans la perspective du maintien d'un réseau public et universel pour tous les Québécois. Ce sont des objectifs louables bien sûr, et bien sûr la fédération appuie de tels objectifs.

On a centré notre mémoire bien davantage sur les moyens, les modalités qu'on veut se donner pour atteindre de tels objectifs. Il y a deux grandes propositions qui sont avancées dans le projet de loi: l'une, c'est d'instaurer des mécanismes de gestion des délais d'attente permettant l'accès aux soins spécialisés dans des délais raisonnables; la deuxième est de reconnaître que les solutions au problème d'accès aux services médicaux spécialisés ne se situent pas toutes entre les murs d'un centre hospitalier et qu'à ce titre il y aurait lieu de faire davantage place à l'apport du secteur privé dans le cadre d'un financement public. Ce sont deux grandes idées de fond que nous partageons.

Ces choses étant dites, le projet de loi, je dois vous l'avouer — vous l'avez vu d'ailleurs à la lecture de notre mémoire — c'est un projet qui nous déçoit à maints égards. Tels quels, les modalités prévues dans le projet de loi, les moyens en tout cas qu'on propose n'apportent malheureusement pas la garantie promise dans le document de consultation *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité*.

C'est un projet qui nous apparaît privilégier les processus aux résultats recherchés. C'est un projet qui détermine un cadre légal rigide, contraignant, tant pour la mise en place des mécanismes de gestion que pour la collaboration du secteur privé. C'est un projet qui ne tient pas beaucoup compte des dispositions déjà existantes dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, des dispositions qui permettent déjà, soit dit en passant, la mise en place de mécanismes de gestion de l'accès et la participation du secteur privé à l'accès aux soins.

Ces commentaires plus généraux étant faits, un premier point que je vous souligne, c'est l'accès aux soins de première ligne, qui est entièrement escamoté. Tous les délais d'accès à un médecin de famille, les délais d'accès aux plateaux techniques, les délais d'accès pour être reçu en consultation par le spécialiste concerné, le projet est entièrement silencieux là-dessus. Je comprends qu'en première ligne il y a des initiatives qui ont été prises, de nouveaux modèles de pratique qui se mettent progressivement en place, je le comprends, mais, pour le patient — parce que c'est toujours le même patient — l'inscription sur une liste d'attente est souvent précédée de délais qui sont aussi longs que le délai qui va suivre l'inscription sur la liste d'attente et la chirurgie éventuelle, si c'est d'une chirurgie dont le patient a besoin. Et ces délais, là...

Le délai à un médecin de famille, je comprends que les centres hospitaliers sont aussi préoccupés mais

peut-être moins responsables immédiatement de cela, mais les délais sont souvent causés également par l'accès au plateau technique pour une investigation qui requiert le plateau technique de l'hôpital où parfois certains examens sont disponibles dans le privé mais non assurés en dehors d'un centre hospitalier. Alors, ce sont des délais longs, ce sont des délais préjudiciables pour le patient. Et nous ne retrouvons rien, dans le projet de loi n° 33, pour tenter également d'intervenir pour réduire ces délais. Nous allons vous le dire dans le mécanisme central de gestion de l'accès, les centres hospitaliers devront prendre en compte ces délais dans leurs mécanismes de gestion des listes d'attente, notamment les délais qui concernent, là, l'accès aux examens diagnostiques, puisque ces plateaux techniques encore une fois se retrouvent souvent à l'hôpital.

Il y a une série de recommandations qu'on fait sous ce chapitre d'améliorer l'accès aux soins de première ligne, que je ne répéterai pas, le temps ne le permet pas. J'en viens au mécanisme central de gestion de l'accès. La fédération appuie cette idée, appuie l'introduction dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux de l'obligation pour chaque centre hospitalier de se doter d'un mécanisme de gestion de l'accès et de faire en sorte que les délais soient raisonnables. Mais encore faudra-t-il donner aux établissements les ressources voulues pour respecter les délais d'accès. Et, quand je lis le projet de loi, je trouve qu'on fauche très large — je m'écarte de mon texte, là. Mais il faudra être pragmatique. Je pense qu'il y a des priorités. Il faudra en arriver à ce que toute pathologie, non pas uniquement les trois en cause, puisse être traitée dans un délai raisonnable. Mais, je veux dire, si on veut dès le départ régler tous ces problèmes-là, on ne sera pas réalistes, à moins que le gouvernement et le ministère de la Santé dotent nos établissements, notre réseau de beaucoup plus de ressources, et pas uniquement financières, de ressources humaines.

● (16 heures) ●

L'autre observation qu'on fait quant au mécanisme central de gestion de l'accès, c'est l'entière marge de manoeuvre et de discrétion laissée à chaque centre hospitalier pour l'élaboration et le suivi des listes d'attente. Ça comporte des risques de créer des biais puis des divergences quant à la computation des délais d'attente d'un établissement à l'autre. Alors, on pense qu'il serait opportun d'uniformiser, voire même normaliser certaines des modalités de la garantie d'accès afin d'être sûr qu'il y aura équité pour les patients dans l'ensemble du Québec.

Selon le projet de loi, le mécanisme de garantie d'accès ne paraît être déclenché qu'une fois la survenance de délais raisonnables ou sur le point de le devenir, suivant l'entière appréciation du ministre. Je pense que tous s'accorderont avec moi que c'est avant qu'il faut agir. Mais ce qui nous préoccupe davantage, c'est la subordination du mécanisme de garantie d'accès à l'unique et entière discrétion du ministre, ce qui n'en fait ni plus ni moins qu'une déclaration de bonnes intentions, et rien d'autre. Mais on sait fort bien que le ministre recherche beaucoup plus que des bonnes intentions là-dedans. En vertu du cadre législatif actuel, je le rappelle, le ministre possède déjà de véritables pouvoirs d'intervenir pour favoriser un accès aux services de santé à l'intérieur de délais raisonnables. Il a d'ailleurs utilisé ce pouvoir à différentes reprises.

Alors, notre fédération est en désaccord avec l'entière discrétion laissée au ministre quant à la détermination du délai raisonnable. Ce que nous recommandons, c'est la mise sur pied d'un comité consultatif composé de médecins cliniciens indépendants qui ont une expertise reconnue dans leur domaine respectif, et ce comité aurait pour mandat de conseiller le ministre sur les délais d'attente médicalement raisonnables.

Alors, ce qu'on voit, nous, comme procédure, si vous me permettez, c'est que le ministre, à partir des recommandations de ce comité, détermine, fixe ses objectifs, les objectifs ministériels, qui sont transmis bien sûr à chacun des établissements, et le mécanisme central de gestion de l'accès que l'hôpital devra établir devra bien sûr respecter ces grandes orientations ministérielles.

Mais le mécanisme de gestion de l'accès d'un centre hospitalier doit être souple. Il faudra tenir compte des délais encourus — je l'ai dit tantôt — avant d'être inscrit sur une liste d'attente, qui devra tenir compte également de l'opinion du médecin traitant. Les délais raisonnables, ça peut être six mois dans un cas, mais le médecin traitant peut vous dire: Pour ce patient particulier, six mois, c'est beaucoup trop long, c'est beaucoup trop long, je ne peux pas le soulager comme je devrais le soulager à cause de sa condition générale, donc le délai maximal, le délai raisonnable, dans ce cas-ci, devrait être d'environ trois mois. Il faut que, dans un mécanisme central de gestion de l'accès, il y ait place pour cette souplesse, parce que c'est ça, la pratique de la médecine. Je pense que, M. le ministre, vous le savez fort bien.

Nous recommandons également que chaque centre hospitalier transmette son plan de mécanisme d'accès à l'agence pour approbation. Donc, le centre hospitalier n'est pas seul, là, puis il l'établit comme il veut sans qu'il y ait reddition de comptes à quelquel part, sans qu'il y ait de l'uniformité qui se fasse. Et il faudra mettre également des mécanismes de coordination intra-régionale et interrégionale permettant les transferts.

Deuxième grand point, grande idée de fond: les centres médicaux spécialisés et les cliniques médicales associées. Alors, là-dessus, on n'a pas de félicitations à faire au projet de loi n° 33. On est très critiques par rapport aux articles qu'on retrouve dans ce projet. On vous l'avait dit dans une commission antérieure, on était d'accord avec le concept de clinique médicale affiliée qu'avait suggéré à l'époque la Fédération des médecins spécialistes. C'était une ouverture sur le privé mais à l'intérieur, en complémentarité avec le régime public, un financement public, puis on était d'accord qu'il y ait un certain apport du privé dans un tel contexte et avec une certaine régulation, mais le projet de loi va beaucoup trop loin au niveau de la régulation.

Tout d'abord, le libellé des articles du projet de loi concernant le régime juridique des cliniques médicales associées et des centres médicaux spécialisés génère beaucoup de confusion. J'ai dû le lire peut-être une dizaine de fois avant de bien saisir les nuances entre ces deux entités juridiques. J'ai deux avocats avec moi qui sont brillants, hein, ils ont été triés sur le volet, et ils ont dû lire également le libellé de ces articles à plusieurs reprises avant de bien le saisir. Ce n'est pas nous qui manquons d'intelligence, c'est les articles du projet de

loi qui sont confus, qui ne sont pas assez clairs. Alors, je pense que ça mérite d'être réécrit. D'ailleurs, on voit mal pourquoi il y aurait des centres médicaux spécialisés médecins participants, médecins non participants, ensuite des cliniques médicales associées — peut-être que je me mêle dans les termes. Je pense que des centres médicaux spécialisés formés de médecins non participants, oui, très bien, mais ensuite ça devrait être des cliniques médicales associées où il y aurait les trois pathologies bien sûr mais une ouverture pour traiter d'autres choses. Bref, ce qu'on vous dit, bon: Il faudra éclaircir, rendre beaucoup plus clair et simple, là, le régime juridique qu'on veut donner pour de telles entités.

On n'a prévu également aucune modalité de financement pour les services offerts dans les centres médicaux spécialisés constitués de médecins participants, ce qui aura pour effet de rendre illusoire l'existence de ces centres.

Quant aux cliniques médicales associées, on est frappés par le cadre très contraignant que l'on veut imposer aux médecins qui y pratiqueront. Les mesures de contrôle sont si importantes qu'elles risquent de décourager qui que ce soit à s'y astreindre. On calque ni plus ni moins la pratique de la médecine hospitalière pour l'étendre dans les cabinets privés devenus cliniques associées. On ne respecte pas les règles de fonctionnement propres aux ressources privées. De telles mesures administratives et bureaucratiques n'intéresseront pas les médecins, elles les feront plutôt fuir.

Et la FMOQ ne croit pas que de telles mesures de contrôle aient leur place. On comprend qu'il y avait peut-être des balises à introduire dans la loi, même si la loi actuelle permet des ententes contractuelles entre un établissement public et un établissement privé, on le fait en première ligne, on l'a fait pour les GMF puis on l'a fait pour les cliniques-réseaux plus récemment. On comprend qu'il peut y avoir demande de permis d'hôpital privé, compte tenu de la chirurgie qu'on va faire dans certaines cliniques associées, mais, d'aller aussi loin, on propose un cadre juridique qui ne laisse plus aucune place ou presque pas à la liberté contractuelle. Hein, quand on parle d'une entente contractuelle, il y a deux parties, puis ça contient des obligations. Si, à un moment donné, les deux parties veulent modifier certaines choses à leur convenance, là, je veux dire, il faudrait amender la loi, ce qui est beaucoup trop lourd. Alors, on vous demande, là, de revoir tout le cadre légal qu'on veut imposer dans le cas des centres médicaux ou des cliniques médicales associées. Il faudra donc revoir cette portion-là du projet de loi n° 33.

Deux dernières observations. Une plus générale, c'est qu'il se dégage des différentes dispositions du projet de loi n° 33 une désagréable impression que l'État cherche maintenant à étendre son contrôle jusque dans les cabinets privés, à commencer par les cliniques médicales associées. On craint des dérives d'une telle approche au niveau de notre fédération, je ne vous le cacherai pas.

D'autres propositions également sont sous le signe d'un plus grand contrôle étatique. Par exemple, la fédération est en désaccord avec les modalités de contrôle quasi absolues proposées dans le projet de loi pour suspendre la possibilité pour les médecins de devenir non participants. Les mesures qu'on a actuellement se

sont pourtant révélées suffisantes, là, pour maintenir notre régime public universel. On sait très bien que le nombre de médecins non participants est très marginal et chez les omnipraticiens et chez les médecins spécialistes. Et je ne crois pas, avec toutes les restrictions qu'on fait pour l'ouverture au privé pour les non-participants, les restrictions, la très, très faible ouverture qu'on fait à l'assurance privée, je ne crois pas qu'il y ait un grand nombre de médecins spécialistes qui vont souhaiter maintenant devenir non participants. Mais je laisserai la Fédération des médecins spécialistes en traiter tout à l'heure, s'ils le désirent.

Il nous semble, nous, si on veut empêcher qu'un plus grand nombre de médecins deviennent non participants, il nous faut plutôt améliorer les conditions d'exercice à l'intérieur du régime public plutôt que d'agir avec coercition et autoritarisme, tel que le propose le projet de loi.

Une autre mesure qui nous apparaît inacceptable, et on ne sait pas ce que ça vient faire là-dedans: sous peine de sanction pénale, tous les médecins, à l'exception des non participants, devront désormais afficher le tarif des frais accessoires ou des services non assurés. On est d'accord avec cet affichage, on l'a toujours recommandé à nos membres, c'est d'ailleurs une obligation déontologique dans notre code de déontologie, et, si on ne le fait pas, on est passibles de sanction déontologique, de sanction d'ordre disciplinaire. Pourquoi arriver avec des sanctions pénales de 500 \$ à 1 000 \$ par jour? C'est un irritant inutile dans ce projet de loi.

Je termine, M. le Président. Alors, si vous lisez notre mémoire, vous allez en déduire qu'on est déçus de beaucoup des modalités. On croit aux objectifs, on croit aux deux grandes idées avancées — mécanisme de gestion des délais d'attente, mise en place de mesures pour respecter, là, des délais de façon raisonnable — mais on ne croit pas, là, que le projet de loi nous offre les outils requis pour garantir cet accès aux soins à l'intérieur de tels délais raisonnables. C'est pourtant l'objectif que poursuit le ministre, et c'est un objectif que nous partageons. Merci.

• (16 h 10) •

Le Président (M. Paquin): Bien. Merci, Dr Dutil. Vous avez fait ça dans un temps record, je le souligne.

M. Dutil (Renald): ...c'est plus dangereux les questions, vous savez, que la présentation.

Le Président (M. Paquin): Oui. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, c'est à votre tour.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Bonjour, Dr Dutil, Dr Godin, Me Belzile, Me Larouche, merci, pour votre visite. Je vais vous faire la même introduction que d'habitude, Dr Dutil. S'il n'est pas question de première ligne dans ce projet de loi là, ce n'est pas parce que ce n'est pas important, la première ligne, c'est parce que ce n'est pas le but de l'exercice. Le but de l'exercice vise les services médicaux spécialisés. On comprend qu'il y a un lien étroit avec la première ligne. Comme vous le savez, il y a un grand nombre de mesures. On y participe et on y collabore, vous et moi, depuis déjà quelque temps, pour l'accessibilité aux services de première ligne partout sur le territoire du

Québec. Puis d'ailleurs je salue la participation de la fédération notamment dans l'émergence des cliniques-réseaux, qui va s'étendre maintenant à d'autres régions, on le sait, à la lueur des derniers développements.

Je dirais que vous avez suggéré seulement deux hypothèses pour expliquer que le projet de loi soit compliqué: l'une qui est le manque d'intelligence des lecteurs, ce que je rejette totalement; et l'autre, c'est l'opacité du projet de loi, ce qui est possible. Mais une autre hypothèse est possible, c'est que la situation elle-même soit complexe. Et, quand une situation est complexe, en général, les solutions ne sont pas nécessairement très complexes mais rarement très simples. Et le monde actuel, le paysage actuel, il est flou, non défini, en fait il est...

Une voix: ...

M. Couillard: ... — on va revenir sur l'encadrement tantôt — il est non seulement pas encadré, il est inexistant, le cadre du paysage actuel, et on ne peut pas laisser persister cet état de chose là. Donc, on va tout faire pour rendre plus simple le paysage, mais on ne peut pas non plus le sursimplifier, pour des raisons qu'on a déjà discutées plusieurs fois dans la commission.

Il y a plusieurs éléments que vous avez discutés, je vais essayer d'en couvrir quelques-uns. D'abord, la question de la flexibilité régionale. Vous savez, c'est un peu volontaire. Lorsqu'on introduit des garanties d'accès et on commence effectivement avec les trois chirurgies pour par la suite l'étendre à d'autres, il est possible que la situation soit très différente d'une région à l'autre. Allez voir aujourd'hui même les chiffres des listes d'attente sur le site du ministère, vous allez voir que la situation varie considérablement d'une région à l'autre, d'après le type de chirurgie. Il y a des problèmes d'accessibilité pour bien des raisons. Alors, est-ce qu'il ne vous semble pas nécessaire de conserver un certain degré d'harmonisation de la façon dont c'est géré régionalement à la situation spécifique de chaque région?

Il me semble qu'on doit laisser les gens... Hier, même, l'Association des établissements ne voulait pas qu'on leur dise du tout quoi faire. Alors, nous, on pense qu'il faut le faire, il faut, dans le projet de loi, introduire la gestion des listes, mais il faut également laisser les régions s'adapter à leur propre réalité et non pas sur les objectifs qui sont fixés par le ministère. Mais, sur la façon d'y parvenir, il me semble que, là, il y a des grosses variations entre, par exemple, Montréal et le Saguenay—Lac-Saint-Jean. Est-ce que vous ne pensez pas qu'on doit rester volontairement plus vagues dans ce coin-là, dans ce domaine-là?

M. Dutil (Renald): Oui. Sur la dernière observation, M. le ministre, là, moi, si, je ne sais pas, je demeurais à Gaspé et que j'avais besoin d'une chirurgie de la hanche, je demanderais, comme citoyen payeur de taxes, là, d'être traité avec autant de diligence que si je demeure à Montréal et à Québec. Alors, j'en suis, là, pour la flexibilité régionale et puis que chaque centre hospitalier puisse adapter un peu son mécanisme central de gestion des délais d'attente, mais il faut quand même

faire en sorte que nos citoyens soient traités avec équité, les citoyens et citoyennes, là. Bon.

M. Couillard: Mais, Dr Dutil, vous savez bien que ce n'est pas ça qu'on pense, là, ce n'est pas ça qu'on vise. C'est que ça se peut qu'à Gaspé — comme c'est d'ailleurs le cas — il n'y ait pas grand problème d'accessibilité à la prothèse de hanche.

M. Dutil (Renald): Mais, si je laisse le mécanisme central de gestion des délais d'attente, bon, chaque centre hospitalier le fait puis il n'y a pas d'uniformité, rien, on craint qu'il y ait des problèmes d'équité justement, et c'est les patients qui en souffrent, là, malgré la bonne foi de tout le monde. Alors, c'est pour ça qu'il y a...

Un, on vous dit qu'on est d'accord d'obliger les centres hospitaliers à le faire, on sait qu'ils peuvent le faire maintenant, là, on est d'accord de les obliger à le faire, mais on vous dit: Peut-être forcer... et ce n'est pas l'hôpital peut-être qui sera en cause, mais forcer une certaine uniformité et une équité bien sûr, là, forcer un centre hospitalier qui n'a pas les ressources, par exemple, là, pour respecter tel délai raisonnable à ne pas attendre indûment; il y a des transferts qui peuvent se faire, et ainsi de suite. C'est ça, l'objectif, là, des délais raisonnables, c'est pour tout le monde.

Quand vous me dites: Le cadre est inexistant, bon, je ne sais pas si vous faites référence, M. le ministre, au cadre actuel pour ce qui est des ententes entre un établissement public et un établissement privé, bon parce qu'il y en a déjà un cadre légal, là.

M. Couillard: Ce dont je parle — puis ça ne regarde pas du tout la FMOQ, là, ou très peu — c'est un cabinet privé soit-disant qui fait de la chirurgie majeure. Ça, c'est un problème d'encadrement législatif puis de sécurité. Ça, là, ce n'est pas normal.

M. Dutil (Renald): Je comprends que c'est différent d'un GMF puis d'une clinique-réseau et je comprends qu'on embarque dans les permis d'un hôpital privé. C'est ça.

M. Couillard: On ne veut pas d'hôpitaux privés.

M. Dutil (Renald): Bon. Alors, on pourrait embarquer là-dedans si on ne fait rien. Nous, on ne vous dit pas qu'il ne devra pas y avoir de nouvelles balises dans la loi, on vous dit que le cadre légal qui est proposé dans ce projet est beaucoup trop rigide, va beaucoup trop loin et laisse peu de place à la liberté contractuelle. Et, à un moment donné, on n'est pas pour amender la loi à tout bout de champ, c'est long d'amender une loi. Je veux dire, il faudra que le cadre soit moins rigide, plus souple et laisse davantage de place, là, pour s'adapter encore là aux réalités qui peuvent différer d'un endroit à l'autre, M. le ministre, autant dans ce domaine-là.

M. Couillard: Oui, mais donc je comprends que le but de votre demande, c'est qu'on puisse, par exemple, réviser une entente en cours de validité, et ça, on est certainement prêts à regarder ça, mais il faut quand même qu'il y ait des obligations assez fixes et prescriptives

dans une entente contractuelle, là. D'ailleurs, c'est le cas pour les ententes qu'on a avec les cabinets de médecins omnipraticiens.

M. Dutil (Renald): Vous allez très, très loin, dans la loi. Si on avait été aussi loin que ça pour des GMF ou des cliniques-réseaux, ils n'existeraient pas, les GMF et les cliniques-réseaux, il n'y a pas de groupes de médecins qui auraient voulu s'embarquer avec de telles exigences et de tels contrôles, là. Quand je lis, par exemple, que c'est le DSP qui va déterminer le nombre d'heures que le médecin spécialiste membre d'une clinique associée devra faire dans l'hôpital avant d'aller à sa clinique, là, j'ai un petit peu de problèmes avec ça, même si je ne suis pas concerné, là.

M. Couillard: Où lisez-vous ça? Dr Dutil, un instant, là. Où lisez-vous ça? Dites-moi où vous lisez que le DSP doit déterminer le nombre d'heures que le médecin doit passer dans une clinique?

M. Dutil (Renald): Je vous retrouve l'article très rapidement.

M. Couillard: Ce n'est pas ça, là. On dit qu'il doit dire tout simplement qu'il a rempli ses obligations dans l'hôpital. C'est très différent, là, quand même. Il ne faut pas caricaturer, avec tout le respect que je vous dois, là.

M. Dutil (Renald): Oui, mais...

M. Couillard: O.K. On va passer à un autre sujet. La question de l'encadrement. En fait, si je résume votre mémoire, là, Dr Dutil, c'est que vous dites qu'il y a trop d'encadrement, puis ça, c'est commun à beaucoup de groupes. Mais il ne peut pas ne pas y avoir d'encadrement. On ne peut pas comparer une clinique médicale, un centre médical associé à un GMF. C'est important, les deux, mais ce n'est pas le même niveau de complexité. On ne peut pas dire qu'on a fait très peu de codification ou d'encadrement pour les GMF et les cliniques-réseaux, quoiqu'on nous dit souvent qu'il y en a trop, et puis dire qu'on n'a pas besoin d'en faire plus pour un endroit où il se fait de la chirurgie importante, incluant parfois des anesthésies générales, on ne peut pas... Ce n'est pas le même monde, là. Et je pense qu'on ne peut pas nous reprocher... D'ailleurs, vous savez que, dans les groupes, plusieurs vont nous reprocher de ne pas assez encadrer ces cliniques. Alors, on est là pour trouver l'équilibre, hein?

M. Dutil (Renald): 349.7, M. le ministre, de façon très précise, là...

M. Couillard: Oui, allez-y, lisez.

M. Dutil (Renald): «Tout médecin qui dispense dans une clinique médicale associée des services médicaux spécialisés prévus dans une entente doit préalablement être titulaire d'une nomination [...] dans [le] centre hospitalier exploité par un établissement [...], satisfaire entièrement aux besoins du centre hospitalier selon l'appréciation faite par le directeur des services professionnels...»

M. Couillard: Bien oui. C'est normal.

M. Dutil (Renald): C'est ça qui est écrit, là.

M. Couillard: Bien oui. Mais il n'est pas question du nombre d'heures là-dedans.

M. Dutil (Renald): Bien, comment est-ce qu'il va gérer ça, le directeur des services professionnels? Il pourrait dire: Bien, écoutez, moi, j'ai besoin que vous travailliez tant d'heures, vous faites telle chose. Bon. «Satisfaire entièrement aux besoins du centre hospitalier selon l'appréciation faite par le directeur des services professionnels».

M. Couillard: Bien oui! Il y a les obligations rattachées aux privilèges, puis il faut remplir ces obligations. Moi, j'ai été président d'un...

M. Dutil (Renald): Alors, on ne mentionne même pas le chef de département clinique dont fait partie ce médecin-là.

M. Couillard: Mais, regardez, c'est comme ça, Dr Dutil, dans la vraie vie. Moi, j'ai été président de comité des titres pendant des années, puis je faisais ça à chaque année, vérifier si le monde remplissait leurs obligations. Puis on n'était pas tatillon, on ne comptait pas les heures puis les minutes, mais on savait très bien si une personne remplissait ses obligations ou pas. Ça se fait, en pratique, là, hein?

M. Dutil (Renald): Vous assujettissez ces cliniques, bon, à toutes les règles de fonctionnement à l'intérieur d'un centre hospitalier: mécanismes de gestion des plaintes, d'évaluation de la qualité, exigences en termes de tenue de livres, de systèmes d'information... On peut continuer comme ça.

M. Couillard: ...coupable, je plaide coupable.

M. Godin (Louis): Nous, on a l'impression que la clinique médicale associée va devenir un bras de l'hôpital.

M. Couillard: Bien oui. Oui, c'est un bras...

M. Godin (Louis): Elle n'est pas vraiment, je veux dire, une entreprise privée, une clinique privée. Elle devient, je veux dire, un bras de l'hôpital, avec les obligations que l'on a normalement dans un CMDP, à l'intérieur d'un établissement.

M. Couillard: C'est un assistant de l'hôpital. C'est une entreprise privée qui va faire des profits, puis tant mieux s'ils font des profits. Mais effectivement c'est un ajout, c'est un adjoint au système de santé et non pas un élément parallèle qui draine les ressources.

D'ailleurs, vous disiez, Dr Dutil, puis je lis votre texte sur les cliniques associées, vous dites: «Comment les centres médicaux spécialisés composés de médecins participants pourraient-ils alors opérer sur la seule base des honoraires des médecins prévus dans les ententes...» Mais ce n'est pas de ça dont il s'agit. C'est-à-dire que la

façon dont le contrat va être fait, ça n'a rien à voir avec les honoraires, justement. Les honoraires vont être facturés à la RAMQ puis ils ne rentreront pas dans les revenus de la clinique. Ce qui va revenir dans le contrat de la clinique, c'est le tarif unitaire négocié entre l'établissement et la clinique, qui exclut les honoraires médicaux. Alors, encore une fois, il y a peut-être un problème d'appréciation, là.

M. Dutil (Renald): Me Belzile va vous faire une observation, là, sur le projet de loi eu égard aux centres médicaux spécialisés et les contrats qui devront intervenir. On ne retrouve pas ça dans le projet de loi.

M. Couillard: On change de sujet. Mais vous êtes d'accord qu'il n'y a pas d'honoraires là-dedans? Je veux juste vous informer de ça, là.

M. Dutil (Renald): C'est-à-dire que le médecin a droit au tarif de l'établissement, et après...

M. Couillard: Au tarif de la RAMQ.

M. Dutil (Renald): Oui, oui.

M. Couillard: Puis la clinique, elle va faire ses profits avec les tarifs unitaires que la régie va lui donner pour la procédure en question, qui n'a rien à voir avec les honoraires médicaux.

M. Dutil (Renald): Le projet de loi, Me Belzile?
● (16 h 20) ●

M. Belzile (Pierre): Sur votre commentaire, M. le ministre, je vais vous référer... Dans le fond, je pense que l'essence du message qu'on veut vous livrer, il est à la page 14 de notre mémoire, là, au deuxième paragraphe. Alors, quand il est question... Parce que vous commencez à nous donner une explication sur ce que c'est, le centre médical spécialisé et la façon dont ça pourrait être... dont ça pourrait fonctionner. La dernière phrase, là, du deuxième paragraphe de la page 14, nous autres, ce qu'on dit, c'est qu'essentiellement la clarté requise d'un texte légal n'est tout simplement pas au rendez-vous, là, et le tout est à revoir. Et, en ce sens-là, on avait beaucoup de confusion.

Mais tantôt j'entendais une explication que vous offriez, que vous donniez au Dr Lamontagne, alors je pense que c'était assez révélateur, là. Il y a plusieurs hypothèses, plusieurs interprétations. Nous, à la lecture du projet de loi, on avait l'impression... en tout cas, on avait de la difficulté à distinguer les centres médicaux spécialisés composés de participants et les cliniques médicales associées. Alors, j'ai cru comprendre tantôt que...

M. Couillard: ...recommencer l'explication.

M. Belzile (Pierre): Bien, c'est ça, là. Bien, je pense qu'il y a plusieurs personnes qui se sont posées cette question-là, dont nous. Et c'est la raison pour laquelle, dans notre mémoire, si ce n'est pas une affirmation, prenez-la comme une question qui vous est posée, à savoir: Comment est-ce qu'on peut vraiment clarifier la

question du centre médical spécialisé composé de participants versus la clinique médicale associée? Est-ce que cette entité-là peut vivre sans être une clinique médicale associée? C'est un peu ça, là, qui était le questionnement de plusieurs.

M. Couillard: Oui, mais d'ailleurs je vais reprendre l'explication que je donnais tantôt au Dr Lamontagne, là, puis c'est très important. Le projet de loi ne crée pas rien de nouveau. La seule chose nouvelle qui est introduite dans le projet de loi, c'est le centre médical associé, qui est un peu l'équivalent spécialisé des GMF, c'est-à-dire une institution privée qui a une relation contractuelle avec le réseau public de santé. Tout le reste est la description juridique de la situation qui existe actuellement.

Alors, les centres médicaux spécialisés privés, là, se divisent en deux grandes catégories:

Les centres médicaux comprenant des médecins non participants, exemple la clinique d'orthopédie — je ne la nommerai pas encore — à Montréal, où il y a des médecins non participants qui font de la chirurgie. Ça, c'est un monde séparé de façon étanche — et c'est très important de le faire, comme vous le savez, pour plusieurs raisons — du monde des médecins participants.

Dans les centres médicaux spécialisés composés de médecins participants, il y a ceux qui seront conventionnés, donc les centres médicaux associés qui ont des contrats, pour centaines procédures, avec un établissement de santé, et il y en a d'autres qui ne sont pas conventionnés et qui existent déjà, en passant. Exemple, la clinique de polychirurgie de Montréal. Voilà un exemple de ce qui est maintenant appelé, dans le projet de loi, un centre médical spécialisé avec médecins participants mais qui n'est pas un centre médical associé parce qu'elle n'a pas de contrat... Peut-être voudra-t-elle en négocier un, d'ailleurs, qui sait. Mais elle n'a pas de contrat, actuellement du moins, avec le système de santé.

Alors, je sais que ce n'est pas simple, mais ce n'est pas parce que ce n'est pas simple qu'il faut le revoir, tu sais. Il faut peut-être l'améliorer, mais il faut faire attention non plus à ne pas l'hypersimplifier pour créer encore plus de confusion.

M. Belzile (Pierre): Sur les cliniques médicales associées, je pense que le message de la fédération a été bien résumé par le Dr Dutil puis par le Dr Godin aussi. Vous savez, ce n'est pas tant de dire qu'il ne puisse pas y avoir... que ça ne puisse pas être un complément à ce qui est offert en établissement, sauf que ce qu'on aurait davantage souhaité, c'est des ententes qui soient de gré à gré, beaucoup plus que ce qui est présenté actuellement, où il y a une espèce de disproportion, là, où... c'est un contrat d'adhésion, finalement.

M. Couillard: Mais je ne vois pas comment on pourrait faire des ententes de gré à gré. Il faut que ce soit écrit de façon précise, là. Je veux avoir, moi, comme gestionnaire du système de santé... je veux faire faire 1 500 opérations de cataracte par la clinique X, à tel prix unitaire, tant par trimestre, pendant tant d'années. Ça, c'est un contrat.

Puis une entente gré de à gré, c'est que je m'assoie avec toi sur le bord d'une table, puis: Combien tu penses-tu que tu vas en faire? Ah, je vais en faire 1 000, 1 200. O.K.! Ça ne marche pas, ça.

M. Belzile (Pierre): Mais, vous savez, docteur, je vais laisser le Dr Dutil compléter sur ce sujet-là, mais le cadre légal ou le cadre de référence des cliniques-réseaux, le cadre des GMF, ce n'est pas quelque chose, là, qui est mandatoire dans la loi, là. On a laissé beaucoup de souplesse.

M. Couillard: Mais volontairement. Mais ce n'est pas la même chose, Me Belzile, avec respect, là. Ce n'est pas aussi compliqué d'organiser des soins de première ligne dans les cabinets médicaux existants que de faire faire des arthroscopies, ou des ménisectomies, ou des choses comme ça dans un centre, à l'extérieur d'un hôpital. C'est une réalité qui est plus complexe et qui a des impacts en termes de sécurité des soins de qualité qui dépassent ce qu'on retrouve au niveau des soins de première ligne. Ce n'est pas un commentaire de niveau d'intérêt ou d'importance que je fais là, c'est un niveau de réalité, tout simplement.

Et il existe actuellement, pour vous rassurer, plusieurs projets qui sont en cours sur le terrain. Les gens pensent qu'effectivement ils seraient intéressés à mettre sur pied ce genre de cliniques là. Bien sûr, il y a un encadrement, mais vous allez voir que, comme c'est souvent le cas en politique puis dans la vie, on va trouver, d'un côté, des gens qui nous disent qu'il y a trop d'encadrement puis, de l'autre côté, des gens qui vont nous dire qu'il n'y en a pas assez. Alors, c'est quoi, le rôle d'un gouvernement? C'est de trouver la position d'équilibre entre l'intérêt commun puis l'intérêt des gens qui veulent animer ces cliniques-là. Et on croit que la formule qui est choisie ici est une position d'équilibre qui est acceptable.

M. Dutil (Renald): Bon. Ce n'est pas une opinion qu'on partage. Je pense que le gouvernement a choisi d'être...

M. Couillard: Bien ça, c'est correct.

M. Dutil (Renald): ...trop d'encadrement. Je comprends qu'il doit y en avoir. Et, quand vous me dites, là... vous faites le parallèle entre mettre ça dans la loi ou une entente de gré à gré, on n'a jamais parlé, là, d'entente de gré à gré sur le coin d'une table. Une entente contractuelle, ça peut être fort compliquée, M. le ministre, vous le savez mieux que moi. Et, je veux dire, si un centre hospitalier, ou un CSSS, ou une agence contracte: Moi, je veux faire 1 500 cataractes dans cette clinique-là, il y aura un contrat qui va lier les deux parties, des obligations qui lient les deux parties, et, si l'une des parties ne remplit pas ses obligations, bien sûr il y a rupture du contrat ou poursuite, et ainsi de suite. Alors, on n'a pas besoin de tout enchâsser dans la loi, comme vous le faites actuellement, là.

M. Couillard: Donnez-moi un exemple de ce qu'il ne faudrait pas enchâsser dans la loi.

M. Dutil (Renald): Bien, je pense que... Bien, c'en est un exemple, par exemple le panier ou le nombre de services que vous allez vous entendre... que vous allez demander à cette clinique-là de rendre, vous allez mettre ça dans un contrat. 1 500 cataractes, vous mentionnez, il y aura... vous avez... Bon. Je suis prêt à vous confier, là, toute la chirurgie pour 1 500 cas de cataracte, voilà. Puis il y a des frais accessoires, puis il y a des ci et des ça.

M. Couillard: ...la cataracte.

M. Dutil (Renald): Pardon?

M. Couillard: À 600 \$ la cataracte. Il faut que ce soit précis. Oui.

M. Dutil (Renald): Oui, oui. Il va y avoir un prix unitaire de déterminé, bien sûr, là. Il va y avoir une négociation. La clinique a des frais d'opération, a ci, a ça, elle va négocier avec vous.

M. Couillard: Oui, oui, mais la loi ne dit pas combien ça va être puis combien de chirurgies il va y avoir. Ça, c'est justement à négocier de gré à gré dans l'établissement du contrat. Ce n'est pas marqué dans le texte de loi: Il faut que ce soit tant de chirurgies puis il faut que ce soit tant par chirurgie. Ça, c'est la relation normale de deux partenaires d'affaires qui font un contrat, c'est à eux de le décider. Moi, comme hôpital, je vais décider...

M. Dutil (Renald): Oui, mais il n'y a plus grand place, là. C'est vrai, vous le dites, là: La nature des services, le nombre minimal et maximal, le montant unitaire versé par l'agence, mécanismes de surveillance, les sommes déterminées. Vous allez loin, là, dans le cadre de la loi.

M. Couillard: Qu'est-ce que vous enlèveriez?

M. Dutil (Renald): Des choses qui doivent se retrouver dans un contrat, bien sûr.

M. Couillard: Mais dites-moi ce que vous enlèveriez, Dr Dutil?

Des voix: ...

M. Couillard: ...un contrat, il faut bien dire qu'il faut que ce soit dans le contrat. Puis peut-être que ce ne le serait pas, avec la meilleure intention du monde.

M. Dutil (Renald): Le nombre minimal et maximal, je ne suis pas sûr qu'on a besoin d'avoir ça.

M. Couillard: Connaissez-vous...

M. Dutil (Renald): Si on contracte avec une agence ou avec une clinique privée, on va déterminer les services qu'ils font. Bon.

M. Couillard: Le problème, c'est que...

M. Dutil (Renald): ...qu'on n'a besoin de ça dans la loi.

M. Couillard: ...on nous a même reproché d'inclure un minimum. Parce que je ne connais pas beaucoup d'investisseurs qui vont vouloir partir un projet de clinique avec des contrats qui n'ont pas d'activité minimale puis de volumes minimaux. Impossible, là. Je n'en connais pas un qui fera... Moi, je ne le ferais pas, en tout cas. Je ne suis pas un très bon administrateur de mes finances personnelles, j'espère que je suis mieux pour mes finances publiques, mais, cette affaire-là, là, tu sais, il n'y a pas un investisseur qui va dire: Bien, je vais bâtir ma clinique, je vais investir, je vais l'équiper puis je vais faire des contrats après, sans savoir vraiment quel est le type de volume, quel est le type de revenu qu'il peut anticiper pour son investissement.

M. Dutil (Renald): Regardez l'article 333.2, il n'y aura pas grands investisseurs, M. le ministre, hein?

M. Couillard: On verra.

M. Dutil (Renald): Vous limitez beaucoup la capitalisation, là, qu'il faudrait donner à ces cliniques-là.

M. Couillard: On a malheureusement terminé.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, Dr Dutil et les personnes qui vous accompagnent, Dr Rodrigue, et Me Belzile, et maître...

Une voix: ...

Mme Harel: Larouche. J'apprendrai votre nom. J'ai dit, hier matin, à l'ouverture de cette commission parlementaire, que j'avais plaisir à y revenir. Moi, je vous dis que j'ai plaisir à vous y retrouver.

J'ai, à maintes occasions, depuis hier, évidemment, entendu l'explication du ministre quant à la différence entre les cliniques médicales associées et les centres médicaux spécialisés. Là, ce que votre mémoire ajoute à la complexité de la chose — et j'invite le ministre à revoir la page 14, sur laquelle vous avez échangé — c'est que vous faites valoir... Et je suis retournée dans la loi pour vérifier si tant est que vous aviez raison, puis, à moins que le contraire me soit démontré et vous le soit aussi par le ministre ou son équipe, c'est que vous avez raison de dire qu'il n'y a aucun financement prévu pour les centres médicaux spécialisés composés de médecins participants à moins qu'ils ne soient des cliniques médicales associées. Là, j'invite le ministre à bien réfléchir sur la question. Parce que le ministre tantôt a dit: Les centres médicaux spécialisés vont être ceux qui principalement feront les hanches, les genoux, les cataractes d'une manière prioritaire... Non. Les centres médicaux spécialisés... Je n'appelle pas des... Les centres médicaux spécialisés... Il peut le dire, là.

M. Couillard: Je m'excuse, là, mais c'est important...

Mme Harel: O.K. Si ça ne vous dérange pas, on va clarifier ça.

M. Dutil (Renald): ...je comprends la confusion, certain, là.

Mme Harel: On va clarifier ça parce que la confusion demeure.

M. Couillard: Mais, regardez, après les efforts, c'est devenu très clair dans ma tête.

Mme Harel: Bon. Allez-y. Allez-y.

● (16 h 30) ●

M. Couillard: Je suis persuadé qu'on est capables de partager cette clarté-là. Dans les centres médicaux spécialisés avec médecins non participants, qui existent déjà, la seule chose que le projet de loi veut faire, c'est de refléter la réalité telle qu'elle existe aujourd'hui, c'est-à-dire qu'il se fait des opérations de hanche, genou là et d'autres choses qu'il va même falloir ajouter par la suite. Ça ne crée rien de nouveau, premièrement. Deuxièmement, dans les centres associés qui sont avec les médecins participants, on ne s'attend pas et on ne veut pas en fait qu'il y ait des opérations de hanche et du genou qui soient faites là.

Mme Harel: Bon. Alors, je confirme ce que je prétends...

M. Couillard: C'est la même chose qu'on dit depuis le début, là.

Mme Harel: Non. Je confirme. C'est-à-dire, donc, dans les cliniques médicales associées, vous ne pensez pas que vont se faire des hanches, genoux, cataractes.

M. Couillard: Cataractes, oui, certainement.

Mme Harel: Cataractes, oui, mais pas hanches et genoux. Bon. Alors, je reprends à partir de la démonstration qui est faite dans votre mémoire, Dr Dutil. Qu'arrive-t-il aux centres médicaux spécialisés composés de participants qui n'ont pas d'entente pour être des cliniques médicales associées?

Mme Larouche (Christiane): C'est la raison pour laquelle on concluait — puis, quand on parle de déduction puis d'hypothèse, c'est ça — qu'il fallait que ce soit une clinique médicale associée, sinon elle n'a pas de financement.

Mme Harel: Elle n'a pas de financement hors la rémunération du médecin.

Mme Larouche (Christiane): Exact.

Mme Harel: Mais c'est comme si, dans la grande théorie des ensembles puis des sous-ensembles du projet de loi n° 33, il y avait quelque chose qui

tombait dans les limbes. Et ce qui tombe dans les limbes, dans le projet de loi, je ne dis pas dans l'intention du ministre, là, mais quand vous lisez le projet de loi... M. le ministre, je vous invite à reprendre l'article 349.3 sur la nature des services médicaux qui sont dispensés, sur les montants unitaires qui sont versés, ça ne s'adresse qu'aux cliniques médicales associées. Le centre médical spécialisé avec participants peut être une clinique médicale associée mais peut ne pas l'être, et, quand il ne l'est pas, il n'est pas couvert par 349.3.

M. Couillard: Parce qu'il n'y a pas de contrat.

Mme Harel: Alors, pourquoi existe-t-il?

M. Couillard: Parce qu'il existe déjà au jour, au moment où on se parle.

Mme Harel: Il existe, mais il existe avec un financement qui vient d'où?

M. Couillard: Bien, prenons la clinique de polychirurgie de Montréal, qui est l'exemple classique de ce que vous venez de décrire, le revenu de la clinique provient de quoi? Les médecins font de l'argent avec le revenu de la RAMQ, comme ce qu'on propose dans la clinique associée, mais cependant demandent des frais accessoires aux patients. C'est là, la source de bénéfices de la clinique.

Mme Harel: Ils vont pouvoir continuer à les demander.

M. Couillard: S'ils ne sont pas associés, oui. C'est légal.

M. Dutil (Renald): Rendez-vous compte que...

Mme Harel: Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): ...les frais accessoires, c'est bien balisé dans l'entente, ce qu'on peut facturer et ne pas facturer aux patients, là. Il ne faut pas oublier cela, là. Dans notre entente à nous, comme omnipraticiens — je laisserai Dr Dugré préciser la nature de son entente, mais c'est à peu près les mêmes libellés que nous — c'est bien balisé, cela.

Mme Harel: En fait, Dr Dutil, dans votre mémoire, vous dites ceci: «Il est douteux, à la lecture du projet de loi, qu'un centre médical spécialisé composé de médecins participants puisse seulement exister sans devenir également une clinique médicale associée.» Parce que, s'il existe, sui generis, sans entente avec aucun établissement, en étant participant, donc sans assurance privée également, sans assurance privée, sans entente avec un établissement, il n'existe qu'à partir de la rémunération des médecins.

M. Couillard: Il existe aujourd'hui, et ils font de l'argent.

Mme Harel: Là, la question est de savoir: Est-ce que le ministre veut continuer à ce qu'ils existent en

chargeant ce qu'il appelle des frais accessoires qui ne sont pas couverts par une assurance et qui ne sont pas remboursés par un établissement? C'est ça que vous mettez en lumière, là.

M. Dutil (Renald): C'est ce qu'on met en lumière. Je veux dire, les frais accessoires, là, il y a des contraintes dans nos ententes et dans la loi. C'est l'article 22, je pense, de la Loi sur l'assurance maladie qui détermine ce qu'on peut facturer comme frais accessoires. Mais l'orthopédiste qui va opérer une hanche dans son centre médical spécialisé, il est participant, il va avoir le même tarif que s'il l'opérait à l'hôpital. Comment est-ce qu'il va payer les infirmières qu'il a besoin, les pensements, etc., dans sa clinique privée? C'est la question qu'on pose.

Mme Harel: Alors, vous la posez et vous donnez la réponse. Vous la donnez, la réponse.

Une voix: ...

Mme Harel: Non, c'est parce qu'ils vivent en vase clos, là, hein? Ils sont entre eux puis ils se convainquent entre eux. Mais vous dites quelque chose... Dr Dutil, depuis hier matin, il n'y a pas personne qui comprend. Que le ministre soit obligé à chaque fois, avec son personnel, d'expliquer en ayant du monde qui repart aussi étonné de ce qu'ils se sont fait expliquer, en ne donnant pas l'impression d'avoir compris, il y a un problème.

M. Couillard: Je vais continuer de l'expliquer.

Mme Harel: Ce n'est peut-être pas que les gens ne comprennent pas, c'est peut-être qu'il y a un problème. Moi, je dis qu'il y a un problème parce que finalement, s'ils veulent pouvoir payer les infirmières, et la composante immobilière, et tout, et tout, il va falloir qu'ils deviennent cliniques médicales associées.

Une voix: ...

Mme Harel: Alors, de toute façon, vous savez ce qui a été dit ici, en commission: ce n'est pas parce qu'on dépasse la limite de vitesse sur une autoroute qu'on doit légaliser l'augmentation de limite. Alors, ce n'est pas parce que ça existe avec les frais accessoires qu'on doit le légaliser.

M. Belzile (Pierre): La question qu'on se posait, Mme Harel, dans le fond, c'est un petit peu ça, là. Au niveau des centres médicaux spécialisés composés de participants, alors, à partir du moment où on a un projet de loi qui nous dit: Bien, dorénavant, on pourrait devenir... on aurait un agrément, un permis, on peut dispenser ces services-là, hanche, genou, cataracte, dans un lieu qui est prévu pour ça, mais là on se disait: Mais comment est-ce qu'on va financer ça? Ça coûte des sous, là. Il y a un plateau de chirurgie, il y a un plateau technique important. Alors là, on se disait: Bien, il faut absolument donc devenir clinique médicale associée. Mais, en discutant — c'est un peu pourquoi je vous réferais tantôt à la page 14 — alors les uns et les autres,

et on le voit bien aujourd'hui, parce qu'à l'interne ça a été la même chose; les uns et les autres y vont, là, d'hypothèses et de déductions. On avait de la difficulté à s'entendre entre nous. Ou certains disaient: Bien non, ces centres-là peuvent avoir une vie autonome. D'autres disaient: Non, on ne peut pas.

Mme Harel: C'est-à-dire qu'ils ne sont pas obligés légalement de le devenir, mais économiquement, s'ils ne le deviennent pas, ils ne seront pas financés adéquatement, hors peut-être les cataractes, là, mais pas pour les hanches puis les genoux, c'est bien évident. À moins que le ministre ait une autre explication.

M. Couillard: Non, mais c'est parce que... Je veux bien croire que ce n'est pas simple, mais il ne faut pas non plus compliquer par exprès, là. Il existe aujourd'hui même la clinique de polychirurgie de Montréal qui est faite de médecins participants qui font des bénéfiques, imaginez donc. Quelle horreur! Mais avec quoi? Les tarifs médicaux plus les frais accessoires qu'ils chargent.

Dans la clinique associée, la façon qu'ils vont faire des profits, c'est parce qu'ils vont négocier avec nous un tarif unitaire qui va être inférieur au tarif ou coût unitaire qu'on paie dans les hôpitaux — c'est ça qu'il faut déterminer — dans lequel vont être incorporés tous les aspects que vous mentionnez, alors comment ils vont payer leur personnel, comment ils vont payer leurs frais. Avec le tarif unitaire. Le médecin, lui, il va envoyer sa petite facture à la RAMQ. Ce n'est pas avec ça que la clinique va fonctionner. Alors, c'est un modèle qui existe ailleurs dans le monde, là, on ne l'a pas inventé, là. Ce n'est pas du «rocket science», leur affaire, là, c'est assez clair, hein?

Mme Harel: Moi, je retiens deux choses de ce que le ministre vient de dire. La première, c'est que le montant unitaire versé par l'agence à la clinique médicale associée doit être inférieur. Si c'est le cas, il faut le mettre dans la loi. Mais la deuxième chose que je retiens, puis je le demande à un praticien comme vous: Est-ce que c'est possible d'envisager des centres médicaux spécialisés de médecins participant au régime d'assurance maladie qui finalement ne pourront financer... sans être cliniques médicales associées, là, pourront financer seulement avec — comment dites-vous? — les frais accessoires?

M. Dutil (Renald): Moi, je n'y crois pas. Puis je ne discuterai pas trop longtemps de la polyclinique médicale de Montréal, je ne connais pas leurs bénéfiques. Bon. Mais ils font bien d'autres choses que des hanches, genoux et cataractes, s'ils font des hanches et des genoux. Ils font bien d'autres choses que cela. Bon. Et ils ne financeront pas les coûts pour faire, bon, remplacer une hanche à travers des bénéfiques qu'ils font sur d'autres actes, là. Je veux dire, ils auront besoin, là...

C'est parce qu'on parle de centres médicaux spécialisés, là, puis on ne parle que de trois pathologies, là. À moins que le ministre, par réglementation, en ajoute d'autres. Le reste de ce qu'ils font, là, ça, je veux

dire, ne servira pas à financer les trois premières, qu'ils feraient ça au tarif qu'ils ont lorsqu'ils le font à l'hôpital, point à la ligne.

Mme Harel: Alors, Dr Dutil, avant de vous quitter, je veux profiter un peu de votre présence également pour aborder la question qu'on retrouve dans votre mémoire, à la page 8. Vous dites: «Il [manque] un maillon dans l'élaboration du mécanisme d'accès car, dans sa forme actuelle, le projet de loi [...] attribue au ministre une discrétion absolue et exclusive de qualifier les délais d'accès de "raisonnables", "déraisonnables" "ou [de les qualifier] sur le point de le devenir" — déraisonnables — et d'émettre des directives quant aux moyens à prendre pour que les services soient rendus...» Et vous dites: Il y a un flou artistique là qu'il faut corriger. J'aimerais ça vous entendre à ce sujet.

Une voix: Me Larouche.

• (16 h 40) •

Mme Larouche (Christiane): Bien, écoutez, moi, je vous dirais que, sur un plan juridique, à mon avis, ce que les deux articles qui traitent de ça dans le projet de loi nous donnent comme image, c'est davantage un mécanisme plutôt qu'une garantie. Et on entend sans arrêt qu'on offrira aux citoyens une garantie d'accès. Ce qu'on élabore dans le mémoire, c'est de dire: Bien, ce n'est pas une garantie, vous ne pouvez pas prétendre à une garantie parce que ce qui est offert finalement, c'est de mettre en place un mécanisme. Alors, on n'est pas obligé d'offrir une garantie, mais, si on prétend le faire, à ce moment-là, il faut pouvoir, dans le texte de loi, le voir.

Moi, je me permettrais simplement d'ajouter qu'on a eu un document d'une cinquantaine de pages qui a créé, je pense, des attentes sur des délais. On a parlé, bon, de six mois, puis là on a parlé de neuf mois, puis on a dit: Non, neuf mois, ça ne marche pas, des fois ce n'est pas médicalement acceptable. Alors, on a vu une espèce de hantise de toute cette question de délai. Et là on arrive avec ce document, et effectivement, je pense que c'est important, ce que le Dr Dutil a dit tout à l'heure, le projet de loi semble suggérer que ce mécanisme ne se mettrait en place qu'une fois la discrétion du ministre exercée. Alors, c'est ça qui à notre avis est incorrect.

Je pense qu'il est tout à fait naturel qu'il y ait des directives, mais la garantie d'accès, elle, à notre avis, devrait être finalement en place une fois qu'on voit que le délai auquel on pouvait s'attendre est dépassé. Alors, tout en gardant la souplesse, parce qu'on comprend que c'est finalement indispensable d'avoir un processus souple, il nous paraissait que la mécanique ou l'articulation devait davantage viser à ce que des délais qu'un comité indépendant d'experts, et non le ministre, déterminerait soient acheminés aux établissements et qu'eux, à partir de ça, élaboreraient leur propre mécanisme. Alors, c'est davantage ça. C'est que tout ne semble déclenché qu'une fois que le ministre aurait déclaré des délais déraisonnables ou sur le point de le devenir. Ce n'est pas une garantie d'accès. Et je souligne que la garantie, elle existe déjà dans la loi actuelle... pas la garantie, mais la discrétion et qu'il n'y a rien qui empêche de l'utiliser, hein?

Mme Harel: En fait, ça, c'est une des contributions... une étude ici même, en commission parlementaire, cette contribution que vous faites dans votre mémoire de nous rappeler l'existence d'articles dans la loi, là, de dispositions actuelles de la loi qui auraient très bien pu être utilisées pour les fins de poursuivre les mêmes ambitions que le ministre a. Alors, pourquoi un projet de loi qui dit faire une chose puis qui en fait une autre? Je cherchais le titre du projet de loi. Je me suis dite: Est-ce que le projet de loi reprend le titre du document de consultation, document *Garantir l'accès*? Parce que je m'étais dite: Si on garantit l'accès, le premier accès auquel nos concitoyens pensent, là, c'est l'accès à un médecin de famille, c'est l'accès à des services de base, parce que c'est là où le bât blesse, là, actuellement le plus, hein? Et, non, le projet de loi dit Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ne parle plus d'accès.

Mme Larouche (Christiane): Voyez-vous, il y a deux articles clés dans le projet de loi, à l'heure actuelle, sur l'accès. Il y a l'article 185.1 qui prévoit que chaque établissement va développer son mécanisme central, et, comme on le dit dans notre mémoire, la fédération pense que ça, c'est une nouveauté qu'il est peut-être intéressant effectivement d'introduire dans la loi et que ça, ça vaut sans doute la peine, ce serait intéressant.

L'autre article, c'est celui qui consacre la discrétion du ministre, mais il a déjà cette discrétion dans la loi actuelle. Alors, l'article auquel je réfère, c'est l'article 331.2 qui dit que, «dorsque le ministre estime, compte tenu des standards d'accès généralement reconnus — et là on ne sait pas trop de quoi il s'agit — que le temps d'attente [...] est déraisonnable ou sur le point de le devenir», là il va émettre des directives. Alors, en ce sens-là, nous, ce qu'on vous dit, c'est que le projet de loi, oui, propose d'introduire un mécanisme, mais certainement pas une garantie.

Mme Harel: Je vous remercie. Merci, Dr Dutil.

Le Président (M. Copeman): Alors, Dr Dutil, Dr Godin, Me Larouche, Me Belzile, merci pour votre participation à cette commission parlementaire pour le compte de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

J'invite les représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec à prendre place à la table. Je suspends les travaux de la commission quelques instants.

(Suspension de la séance à 16 h 45)

(Reprise à 16 h 50)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission reprend ses travaux. Et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

M. le président, Dr Dugré, bonjour, plaisir de vous retrouver. Comme vous le savez, vous avez 20 minutes pour votre présentation. Ce sera suivi par un échange

d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Je vous prie de présenter vos collaborateurs et d'enchaîner par la suite avec votre présentation.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

M. Dugré (Yves): Merci, M. le Président. Je suis accompagné, à ma droite, du vice-président de la Fédération des médecins spécialistes, le Dr Louis Morazain, qui est orthopédiste à Saint-Jean, et, à ma gauche, de Sylvain Bellavance, Me Bellavance, qui est directeur des affaires juridiques à la fédération.

M. le Président, d'abord, je veux remercier la commission de nous accueillir. Les circonstances, aujourd'hui, nous font réaliser que tout est bien relatif. Et on redevient des humains à part entière quand on voit les situations qui nous touchent tous, et particulièrement vous, qui avez eu l'occasion de m'en parler.

Il y a aussi les circonstances aussi pour la fédération, et c'est dans cet esprit-là que je dis que tout est relatif. Suite à la loi spéciale, c'est clair qu'on n'était pas dans un esprit habituel, mais on va s'en tirer. Pour nous, c'est un rendez-vous à ne pas manquer, de se présenter devant cette commission, quand on parle d'organisation des soins, surtout que c'est un sujet où la Fédération des médecins spécialistes est particulièrement interpellée. On parle de services médicaux spécialisés particulièrement.

Le projet de loi, à sa lecture et notre interprétation, se veut d'abord, pour nous, comme une réponse au jugement de la Cour suprême versus la garantie d'accès. J'ai entendu les discussions de mes collègues préalablement. Donc, il y a ce brouillard de garantie d'accès qu'on recherche dans la loi. Nous allons présenter notre point de vue, la vision de ceux qui donnent les soins et non pas de ceux qui écrivent des projets de loi. Je pense que vous vous attendez davantage à ça de notre part que d'être des juristes.

Quand on parle de mécanisme de gestion d'accès aux services, on note d'abord qu'il s'agit d'un changement de vocabulaire. Je pense que nos patients sont habitués à entendre parler de listes d'attente, ils savent de quoi on parle quand on parle de listes d'attente. On n'est pas contre les changements de nom, mais on note un changement de vocabulaire.

La notion qui est présentée, de mécanisme de gestion d'accès, cette notion qui est beaucoup plus englobante et floue que la notion de gérer des listes d'attente, pour nous, médecins spécialistes, ça nous fait certaines références un peu négatives à ce qu'on a connu dans le passé et non pas essentiellement de ce gouvernement, mais d'un gouvernement et des gouvernements successifs qui ont géré l'accès dans un système de santé à l'anglaise qui est un système de santé qui est géré par des budgets et qui est géré par des listes d'attente. Et nous sommes toujours dans ce système à l'anglaise.

À titre d'exemple, je n'ai pas besoin de rappeler longtemps les mécanismes de gestion des effectifs, réduction des entrées en médecine, des enveloppes fermées, des plafonds d'activités, des lois antidéfici dans les hôpitaux, autant de mécanismes qui peuvent

s'inscrire dans une gestion d'accès et, pour nous, font plutôt référence à du négatif. Est-ce que le gouvernement actuel et les gouvernements futurs seront dans une ère nouvelle, dans un autre système que le système anglais? On ose le croire, mais on ne peut en être sûrs en lisant le projet de loi.

Voyons d'abord les outils ou les mécanismes dont on veut se doter pour ensuite rechercher où sont les garanties d'accès et ce qu'on pense qui seraient des garanties d'accès. La gestion des listes d'attente ou des listes d'accès, c'est clairement le point de départ de la connaissance d'une situation pour pouvoir les réduire. Je pense que c'est une démarche scientifique de connaître les faits, de faire un diagnostic, une démarche éminemment médicale. C'est clair que nous en sommes. Ça doit être normalisé. Il doit y avoir des critères d'attente médicalement acceptable, des critères de gravité, donc je pense qu'on en convient.

Mais, quand on regarde le mécanisme bureaucratique qui est présenté dans la loi, la première question, c'est à se demander: Est-ce que nous avons collectivement besoin d'une loi pour encadrer tous ces mécanismes-là, pour établir des listes d'attente ou des mécanismes de listes d'accès. Pour nous, la réponse, c'est non, parce qu'il y a eu, dans le passé, des confections de listes normalisées, que ce soit en cardiologie tertiaire, en radio-oncologie, la cataracte ou genou et hanche également, avec des associations tant sur le plan canadien que sur le plan québécois. Donc, pour nous, la réponse, c'est qu'il n'est pas nécessaire, il ne nous apparaît pas évident ni nécessaire de fixer dans la loi tout un mécanisme bureaucratique pour pouvoir arriver à des listes d'attente normalisées fiables.

Deuxièmement, ces standards de listes d'attente, que ce soient des délais médicalement acceptables, etc., doivent être établis par un comité indépendant et non pas à la discrétion ministérielle ou du ministère, soit par des sociétés savantes. Et, juste un petit retour sur le passé, peut-être que le Conseil médical, s'il existait encore, aurait pu faire office également pour établir ces critères, mais malheureusement il a été aboli. Ces listes doivent être confectionnées dans le respect — tout le monde s'entend là-dessus, j'imagine — sur le respect de la confidentialité du patient et de sa liberté, et également le respect du médecin traitant.

Une petite remarque. Oui, les médecins doivent intervenir dans la confection de ces listes, et c'est affirmé dans le projet de loi, mais je ferais remarquer, M. le Président, que, les chefs de département clinique, on leur demande encore du travail supplémentaire, et la rémunération médocoadministrative est toujours non réglée dans ces cas. Donc, on est toujours dans le même paradigme de faire plus avec moins.

Va pour les mécanismes ou pour l'outil, les moyens des intentions, mais où sont les garanties d'accès dans le projet de loi? Où y voit-on la possibilité pour le ministre d'émettre... On y voit la possibilité pour le ministre d'émettre des directives afin de favoriser l'accès, dans un délai qu'il juge raisonnable, pour des services médicaux spécialisés dont il estime le temps d'attente déraisonnable ou sur le point de le devenir, après avoir eu l'autorisation du gouvernement.

Donc, on voit ici que nulle part dans le projet de loi n° 33 on ne peut constater l'engagement du

gouvernement à rendre des services médicaux spécialisés accessibles à la population dans des délais spécifiques. Nulle part peut-on constater l'obligation du gouvernement de donner à un centre hospitalier les ressources nécessaires à cette garantie. L'article 433.2 ne présente que des idées générales où on laisse entre des mains politiques le soin d'estimer ce qui est raisonnable ou déraisonnable, de déterminer quels sont les services médicaux spécialisés qui seront visés ou les mesures nécessaires qui devront être mises en place. Donc, on y voit une politisation du mécanisme d'accès. C'est ce qu'on peut ressentir à la lecture de ces passages. Et je ne peux que mentionner qu'il semble y avoir une certaine contrariété entre la décentralisation préconisée, dans d'autres projets de loi pas si lointains, vers les agences et le recours constant au ministre et au gouvernement dans ce projet de loi.

Les centres médicaux spécialisés, qui sont une nouvelle catégorie de cabinets, une sorte d'hybride entre un hôpital et un cabinet, c'est un item qui fait partie du projet de loi afin de... la réponse au jugement de la Cour suprême. Oui, nous voyons qu'il s'agit d'une ouverture supplémentaire dans un système de santé étanche, actuel et qui est en vue de donner une garantie d'accès à un certain nombre de pathologies. C'est la voie choisie par le gouvernement pour répondre au jugement. Je pense que c'est défendable. Il y avait d'autres options, mais c'en est une.

Mais force est de constater que cette option semble, pour nous, n'offrir qu'une réponse juridique plutôt que réelle parce que dans les faits elle est loin d'augmenter l'accessibilité, surtout dans la façon dont ces centres médicaux spécialisés, ces CMS sont désignés. À titre d'exemple, mes collègues de l'Association des ophtalmologistes qui sont concernés trouvent que, pour eux, le CMS est une structure trop lourde pour la pathologie qu'ils peuvent faire en cataracte, et inversement mes collègues orthopédistes trouvent que leur pathologie qu'ils veulent opérer dans le CMS est trop lourde pour la structure qui est présentée. Donc, ils préfèrent investir du côté de l'hôpital et augmenter l'accessibilité à l'hôpital.

Donc, dans un court terme, on ne peut pas dire que... on peut admettre qu'il s'agit d'une réponse possible, une voix au jugement de la Cour suprême, mais dans les faits, de la façon dont c'est planifié, ça nous semble plutôt un échec planifié sur le plan opérationnel. Peu d'individus vont se prévaloir de CMS, de la façon dont on comprend le projet de loi. Il s'agit d'un cadre juridique lourd et d'exigences administratives importantes.

● (17 heures) ●

Cliniques médicales associées. Je pense qu'il s'agit d'un concept intéressant que nous avons transporté de commission parlementaire en commission parlementaire. Et encore il s'agit d'un changement de nom, c'est cliniques médicales associées, on parlait de cabinets affiliés. Mais on voit qu'encre là on se retrouve devant un encadrement bureaucratique important.

Je rappelle que les cabinets affiliés tels que nous les avons présentés à la commission Clair et à d'autres commissions par la suite — on avait commencé à la commission Arpin — c'était un encadrement léger, un

cabinet qui existe déjà, des cabinets de médecins spécialistes qui existent déjà dans un milieu efficient, accessible, qui sont déjà existants, je le répète, et qui se feraient par une entente contractuelle ou par une entente négociée à la table de négociation.

Les CMA ou les cliniques médicales associées maintenant, c'est qu'on introduit dans le cabinet du médecin toute la gestion hospitalière. Pour nous, c'est loin d'être une garantie de succès et c'est un alourdissement évident qui va décourager la plupart. Nous sommes étonnés de voir que la création des GMF s'est faite sans cette loi et s'est faite par entente, et on ne voit pas la nécessité justement de le faire de cette façon-là. D'ailleurs, l'article 108 de la loi actuelle autorise un établissement à conclure une entente. Pour nous, il s'agit de revenir au concept de base. Et on se demande pourquoi un GMF ou une clinique-réseau également ne peut pas conclure une entente et doit obligatoirement envoyer son patient à l'établissement pour que celui-ci l'envoie à la CMA. Dans ce sens-là, je pense que, si on comprend qu'il s'agit d'une intégration de toutes les parties d'un puzzle d'un système de santé, bien, de la façon dont c'est fait, on semble faire un détour.

En résumé sur les cliniques médicales associées, c'est un concept intéressant, mais on a dénaturé le concept de cabinet affilié. Le ministère, malheureusement, je dois dire qu'il n'a jamais montré un empressement à la table de négociation pour développer ce concept qui est présent dans l'agenda depuis plus de trois ans. Ce projet de loi augmente la bureaucratie aux dépens d'une entente entre les parties qui devrait être faite théoriquement à la table de négociation parce qu'il y a des éléments qui regardent la rémunération dans ça, et ça doit se faire normalement à la table de négociation, et une approche contractuelle qui pourrait être aussi garante des notions de qualité, et de débit, et tout le nécessaire pour avoir des résultats.

Maintenant, quelques mots sur les modifications à la Loi sur l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation. D'abord, la fédération a toujours professé, à ses locaux et devant cette commission, sa profession de foi à un système de santé public fort et à une meilleure garantie d'accès et de prendre les moyens pour le faire, ce qui est la meilleure garantie de réduire le recours au privé et de contrer... ce filet social dont la plupart des Québécois sont fiers et l'espèce d'inégalité sociale qui peut découler de recours davantage au privé, sans le renier. Les modifications ici sont plutôt minimales du côté du privé et plus théoriques que réelles pour le moment, et ça ne peut être vendu comme une plus grande accessibilité.

Il faut remarquer également, à notre étonnement, il faut le dire, qu'on exige davantage des médecins spécialistes québécois qui pratiqueront dans un CMS, s'il y en a une, que de ceux qui pratiqueraient en Ontario ou aux États-Unis, si on décidait de payer pour envoyer un Québécois ailleurs. On exige énormément des médecins spécialistes dans ce projet de loi. Et tout ce qu'on dit, si on envoie un patient traité ailleurs, il n'y a pas plus de garantie nécessaire, on dit: On paiera pour le patient.

D'autres mesures. Évidemment, ce projet de loi, c'est une réponse principalement au jugement de la Cour suprême, mais on a, un peu à notre étonnement, greffé

un certain nombre de mesures qui n'ont pas toujours rapport avec cette réponse. Entre autres, on y note un resserrement important des droits des médecins à devenir non participants. Ce qui existe déjà dans la loi: le médecin peut... exiger d'un médecin qui devient participant, s'il y a un problème d'accessibilité, il peut exiger que ce médecin non participant facture le même montant que le tarif conventionné. Le médecin... le ministre peut empêcher un médecin de devenir non participant. Il s'agit là d'une mesure contraire aux droits et libertés des médecins et qui se doit d'être retirée. La situation actuelle ne commande aucune mesure aussi draconienne, et le projet de loi ne met en place aucun élément qui pourrait encourager davantage la non-participation, bien au contraire. Dans le cadre de la loi actuelle, le ministre dispose déjà de tous les outils nécessaires afin de prévenir les dérapages qui pourraient, le cas échéant, être reliés à la non-participation, et il n'y a pas lieu d'en faire davantage.

Enfin, on note également l'apparition de pénalités aux médecins, entre autres au médecin qui n'afficherait pas ses tarifs à charger aux patients. Il s'agit quand même, je pense, d'une introduction dans le domaine du Collège des médecins et le code de déontologie, qui n'a pas sa place dans ce projet de loi.

En conclusion, M. le Président, nous sommes en accord avec une meilleure gestion des listes d'attente, si on veut. Mais, à la question: Est-ce que la loi est nécessaire?, nous croyons que non, on n'a pas besoin de légiférer pour obtenir des listes d'attente convenables, normalisées et standardisées.

Il y a une nécessité d'avoir de véritables garanties d'accès et que le budget soit au rendez-vous dans les hôpitaux. Tout le monde convient que, les chirurgiens... — parce qu'on parle de chirurgie, mais il y a d'autres listes d'attente, on n'oublie pas les autres listes d'attente — que la question financière est au coeur des listes d'attente et qu'on essaie toujours de faire beaucoup d'organisation, mais le budget n'est pas toujours au rendez-vous.

Les cabinets associés, il s'agit d'une bonne idée, on l'a avancée depuis longtemps, mais il faut de toute évidence une réduction de l'encadrement bureaucratique qui l'accompagne. Il faut que ces cabinets affiliés fassent l'objet d'une entente, d'une négociation à la table de négociation. Il ne s'agit pas de faire un encadrement juridique. Il y a des éléments de rémunération qui apparaissent dans cet élément-là, qui doivent passer par la table de négociation. Puis on serait probablement moins étonnés des mesures qui apparaissent si on avait eu l'occasion de voir l'idée gouvernementale, depuis trois ans que nous avons ça à la table de négociation.

Favoriser une approche contractuelle, je pense qu'on peut y trouver les garanties nécessaires. Évidemment, ça prend une injection de ressources.

Et, quand on regarde maintenant les CMS, soit les centres médicaux spécialisés, ils sont peu adaptés, je le rappelle, aux trois pathologies présentées, beaucoup trop de contraintes. Et, à notre avis et après consultation avec beaucoup de gens qui étaient dans le domaine, il semble qu'il n'y aura pas beaucoup... il n'y aura pas de liste d'attente, là, pour demander un agrément. Enfin, plusieurs mesures — j'en ai mentionné quelques-unes — qui réduisent encore la liberté professionnelle

médicale. Donc, M. le Président, voici les commentaires que ma fédération voulait vous présenter. Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Merci, Dr Dugré. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Dr Dugré, Dr Morazain, Me Bellavance. Je veux dire que tous ici nous nous associons à vos commentaires d'ouverture sur les événements tragiques d'aujourd'hui. Tout ça fait paraître un peu relatives nos activités, malgré leur importance, nos activités ici, à l'Assemblée nationale. Et on souhaite bien sûr que les personnes atteintes soient le plus en sécurité possible le plus rapidement possible.

Vous avez bien sûr abordé plusieurs éléments, on n'aura pas le temps de tous les couvrir au cours de notre entretien, mais on va certainement étudier votre mémoire avec beaucoup d'attention, continuer à l'étudier avec beaucoup d'attention. Je dirais que j'ai un élément de désaccord sur le point que vous mentionnez sur la nécessité d'une loi pour encadrer la gestion de l'attente. D'après moi, cette loi est non seulement nécessaire, mais indispensable. Ça fait 36 ans que le système de santé du Québec existe, puis on n'a pas encore de listes d'attente validées, gérées convenablement. Il y a des hôpitaux — on a eu des témoins ici — qui ont fort bien réussi, puis ce n'est pas parce que c'est des petits hôpitaux, parce que ce qu'ils font, ça peut se faire dans les grands hôpitaux également. Et, tant qu'on n'aura pas mis ça en place, tant qu'on n'aura pas la certitude que ça va être mis en place, on ne pourra pas aller plus loin.

D'ailleurs, j'ai indiqué à plusieurs reprises que, si ces mécanismes n'étaient pas mis en place, à mon avis, c'est du gaspillage de fonds publics d'envoyer de l'argent pour, comme vous l'avez dit vous-même très bien, améliorer un problème qui n'est pas bien mesuré. Puis là je ne suis pas sûr qu'on va pouvoir avoir un agrément là-dessus ou une entente là-dessus, mais, pour nous, il est clair que c'est un des axes fondamentaux du projet de loi qu'est l'obligation légale pour l'établissement de se doter d'un mécanisme central et valide de gestion de l'accès, la priorisation bien sûr demeurant entièrement sous la responsabilité du médecin.

Qui est opéré avant qui? C'est une décision médicale dans laquelle l'État a peu de choses à voir. La question de la définition des délais, je pense qu'on pourrait s'en entretenir un petit peu. Vous savez que ceux qui sont actuellement là ont été faits en collaboration avec les spécialistes concernés. Les délais pour la cardiologie tertiaire ont été faits avec le réseau québécois de cardiologie tertiaire, pour la radio-oncologie avec les radio-oncologues, pour la cataracte et les prothèses avec les ophtalmologues et les orthopédistes.

● (17 h 10) ●

Et, comme vous savez également, le niveau de preuve scientifique pour ce type de décision là est relativement faible. De façon surprenante, les gens pensent que c'est clairement indiqué dans la littérature médicale que, pour telle chirurgie, il faut être opéré en

dedans de telle période. Vous l'avez bien dit, je pense, ou le Dr Dutil l'a dit tantôt, chaque cas est différent. Il y en a pour qui c'est très urgent, d'autres pour lesquels ça l'est moins, d'autres pour lesquels ça l'est moins encore. Il faut en arriver à une compréhension globale puis à un objectif commun. Et je pense que, de ce côté-là, si on attend d'avoir développé des délais médicalement raisonnables sur une base scientifique, on est aussi bien de dire qu'on va en rester là parce que vous savez très bien que le niveau de preuve scientifique est très rare. Prenons la cholécystectomie élective. Où est-ce qu'on va trouver une preuve scientifique? On n'en trouvera pas.

Alors, probablement qu'il faut en arriver à une approche un peu à la britannique. Moi, je ne le fais pas, le système britannique, en passant, là. Il est un peu plus compliqué que juste le système public, mais je le trouve très intéressant. Et l'approche britannique a été de dire: Bien, écoutez, ça va être six mois pour toutes les chirurgies électives — bien sûr, on met à l'écart ce qui menace la vie des gens. Moi, je suis convaincu que c'est quelque chose auquel les Québécois peuvent adhérer et qu'on peut y arriver également. De sorte que je pense qu'effectivement la question de définition des délais sur une base scientifique doit faire l'objet et fait l'objet de collaboration entre les médecins, les cliniciens et le gouvernement, puis ça va continuer comme ça.

Mais, lorsqu'on en viendra à prendre une décision éventuellement d'étendre à toute la chirurgie élective la garantie d'accès, il me semble que ça ne nécessitera pas des travaux très longs parce que fondamentalement on ne trouvera pas d'article pour nous appuyer, c'est une décision de bon sens. Est-ce que vous ne trouvez pas que c'est là qu'il faudrait aller également, dans cette direction qu'il faut aller: d'abord, la garantie pour des procédures ciblées et, assez rapidement, dès qu'elle fonctionne bien, l'étendre à l'ensemble des chirurgies?

M. Dugré (Yves): Oui. Deux points. D'abord, nous aimerions avoir probablement d'autres discussions sur la démonstration de la nécessité de la loi, pourquoi ça ne peut pas se faire sans un mécanisme si lourd, si bureaucratique. Donc, vous avez une opinion, nous en avons une autre, mais peut-être que... Sans acheter entièrement l'opinion de l'autre, je pense qu'on comprend mal que ce soit fait dans des secteurs quand même importants et qu'on ne puisse pas le répéter.

Mais le point que je veux faire principalement concernant les critères ou des standards, c'est un comité indépendant, de voir à ce que ce ne soit pas tout centralisé du côté du ministère ou du ministre, les critères, qu'il y ait un comité, ce que soient les sociétés savantes, une composition d'un comité qui soit indépendant politiquement. On trouve, et je l'ai dit, qu'il y a une politisation trop, dans le document, sur ce mécanisme-là et sur la façon dont sont confectionnés ces critères.

M. Couillard: ...peut-être que le Commissaire à la santé serait une interface utile pour, avec la profession médicale, déterminer ces délais, d'autant plus qu'il va disposer d'un forum de la population, puis qu'il pourra consulter les citoyens, et que son rapport doit

être déposé à l'Assemblée nationale, selon la loi constitutive. Est-ce que vous trouvez que c'est peut-être quelque chose qu'on pourrait considérer dans des décisions subséquentes pour la définition des délais?

M. Dugré (Yves): Je suis heureux que vous parliez du commissaire parce qu'on m'a mentionné, et on en avait discuté ensemble déjà aussi, que le commissaire pourrait se joindre aussi à un forum médical, mais il semble que ça a été évacué, ça aussi. Ça fait que donc, si vous revenez à cette idée-là, je pense que c'est... Les médecins font partie de la population encore...

M. Couillard: Je parle d'un forum de la population, mais...

M. Dugré (Yves): Oui, mais je pense qu'ils font encore partie de la population.

M. Couillard: ...il va certainement consulter les sociétés, les associations professionnelles, là, pour faire ça, et je pense que ce serait certainement...

M. Dugré (Yves): Moi, j'entends une ouverture.

M. Couillard: ...au moins à considérer, certainement. Vous savez — bien, je l'ai mentionné tantôt, je le répète très rapidement parce que c'est un autre point de discussion — ce qu'on doit faire au point de vue législatif, c'est justement instaurer les moyens et non pas les résultats. Il n'y a aucun État au monde qui a légiféré une garantie d'accès, et ceux qui l'ont essayé brièvement ont lamentablement échoué, de sorte qu'on ne le fera pas non plus. On met en place le mécanisme qui doit être mis, qui doit être installé pour en arriver au résultat prescrit qui est la garantie d'accès, dont on n'est pas loin, en passant.

Et vous avez raison de dire que ce qui détermine l'accessibilité, c'est autre chose qu'uniquement l'encadrement puis les lois. Entièrement d'accord avec vous. C'est des choses comme, par exemple, tripler les budgets pour les listes d'attente, augmenter les effectifs médicaux, infirmiers, ce qu'il faut faire absolument, et également aborder la question sur un aspect beaucoup plus large.

Mais cet élément de gestion centralisée, d'après moi, est un point de départ essentiel, tu sais. Comme je dis à l'occasion, si je n'avais pas vécu quelques années dans les hôpitaux, je trouverais que c'est peut-être trop, mais c'est parce que j'ai passé quelques années dans les hôpitaux que je sais que ça prend ça. Parce que les listes d'attente — puis je pense que les gouvernements précédents en ont souffert, de ça, d'ailleurs — les listes d'attente dans les poches des médecins, puis qui existent, qui n'existent pas, puis on appelle le patient, puis il n'existe plus ou il ne veut plus être opéré... On ne peut pas continuer. On ne peut pas gérer un système... Ce n'est pas au bénéfice des médecins d'ailleurs que ce soit comme ça. Il faut que ce soit fait correctement et de façon très, très correcte et transparente d'ailleurs avec la collaboration du corps médical.

D'ailleurs, ce qui est intéressant dans la présentation du Dr Bolduc hier, c'est de voir à quel point son

corps médical a adhéré à cette façon de faire, parce que ça a amélioré leur pratique. Ils opèrent leurs patients, ils sont capables de dire à leurs patients: Vous allez être opérés à telle date, puis ça fonctionne, et ça va fonctionner. Il faut que ça fonctionne comme ça ailleurs.

Lorsque vous dites qu'on crée — je vais reprendre l'explication de tantôt — les centres médicaux spécialisés, on ne crée pas les centres médicaux spécialisés, on donne un nom à ce qui existe déjà. O.K.? Alors, qu'il n'y en ait pas plus, moi, honnêtement, ça m'est plus ou moins indifférent, là, les centres médicaux, surtout ceux avec les médecins non participants, mais il existe actuellement, sous le couvert de cabinets, comme vous le savez, des endroits où il se fait de la chirurgie assez importante qui nécessite certainement un encadrement.

L'ajout, effectivement, ce sont les cliniques médicales associées, qui viennent de la commission Clair, vous avez raison de le rappeler. D'ailleurs, je me souviens que la fédération à l'époque avait été fortement en faveur de cet ajout-là, puis vous l'êtes encore. Mais il me semble qu'il y a une différence de niveau entre un GMF puis une clinique médicale associée en termes de complexité d'activités. Je sais bien qu'on peut être relativement peu prescriptif pour un GMF ou une clinique-réseau, mais, lorsqu'on commence à faire des arthroscopies ou des interventions sous anesthésie générale, parfois, on ne peut pas dire que l'encadrement est inutile, je pense. Au contraire, j'ai l'impression qu'on risque de nous reprocher qu'il n'y en a pas assez, d'encadrement. On essaie de faire un équilibre. Vous ne pensez pas certainement qu'on peut créer des cliniques médicales associées comme on crée des GMF ou des cliniques-réseaux?

M. Dugré (Yves): C'est un bon point. Ce que je dis, ce que nous disons, dans ce cadre-là... Parce que les cabinets affiliés — je vais prendre l'ancien nom — ou les CMA, pour prendre un acronyme, pour se comprendre, parce qu'il ne faut pas se mélanger nous-mêmes, on n'a pas eu l'occasion d'en parler à la table, il n'y a pas eu de direction gouvernementale, dire: Regarde, on voit ça comme ça. Nous, on a dit, regarde, on en a parlé au départ: Ça doit être rattaché à l'hôpital. On convient qu'il y a un rattachement hospitalier, ça ne peut pas être seul et ça prend un système intégré. Mais, de la façon dont ça arrive, on dit: Ça aurait dû se faire dans un cadre normal de négociation parce qu'il y a des éléments qui apparaissent dans le projet de loi qui touchent la rémunération des médecins dans un CMA, et donc ça n'a pas sa place nécessairement dans le projet de loi.

L'encadrement? Il y a un encadrement et encadrement. Une approche contractuelle a tout le loisir d'introduire, dans une approche contractuelle ou par entente à quelque part, ce qu'il faut pour, je ne sais pas, moi... L'endoscopie, finalement ça pouvait paraître complexe de faire des endoscopies digestives, il y a 20 ans, mais, aujourd'hui, c'est un instrument, je veux dire, qui est... je ne dirais pas banal parce que ça doit être manoeuvré avec asepsie puis avec art également, mais c'est quelque chose de portable, c'est quelque chose qui se fait en ambulatoire. Donc, il y a cette réalité-là.

On transforme ces cabinets affiliés là, on met toute la gestion hospitalière dedans. Même les cabinets de médecins... je comprends mal que quelqu'un va adhérer dans ça. Parce que, ça, c'en est une, source d'accessibilité. Pour nous, c'en est une, une façon de... Ils sont plus prêts de la population, c'est des activités ambulatoires, il n'y a pas la contrainte hospitalière, l'hôpital est fait pour des cas plus lourds, et je pense qu'il y a une logique à ça. Mais une approche contractuelle, il peut y avoir des modèles d'approche contractuelle, mais ça devrait se faire de cette façon-là puis avec la même garantie. Moi, je pense qu'il y a trop de cadres bureaucratiques dans ça, surtout qu'on introduit... À la lecture, c'est comme si on transformait, dans l'hôpital, là, la gestion hospitalière. Donc, il y a des éléments qui... sans doute des mesures... je ne les ai pas toutes passées, il y a des mesures qui sont appropriées, mais il y a des mesures qui n'ont pas leur place. Dans ce cadre-là, ce qu'on dit, notre position: On devrait revoir cet encadrement-là, le réduire au minimum parce que, là, c'est trop. Trop, c'est trop.

M. Couillard: On veut bien le réduire, mais on ne veut pas non plus le rendre inexistant ou virtuel. C'est ça, c'est très clair. Mais je ne suis pas conscient qu'il existe dans le projet de loi des mécanismes ou des prescriptions qui touchent directement la rémunération des médecins. Lorsqu'on fait les contrats avec les centres médicaux associés, on parle de négociation de tarifs unitaires qui excluent les honoraires médicaux qui sont eux-mêmes négociés avec votre fédération, là.

M. Bellavance (Sylvain): Au contraire, le projet de loi prévoit spécifiquement que le médecin qui va travailler dans un CMA est réputé travailler dans l'établissement et doit facturer, aux fins de la rémunération, les tarifs qui sont prévus en établissement. Ce sont des...

M. Couillard: Normal.

M. Bellavance (Sylvain): La question, ce n'est pas de savoir si c'est normal ou si ce n'est pas normal, parce qu'on pourrait effectivement développer là-dessus et se poser la question de façon additionnelle. La question, c'est que ce n'est pas une matière qui a sa place ailleurs que dans les ententes qui sont négociées, ce sur quoi elles peuvent porter. Il n'y a rien qui, en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, présentement, empêche les parties de déterminer que, dans un cadre x, la rémunération est telle.

M. Couillard: Mais il n'y a rien qui nous empêche de faire une entente de toute façon, en tout temps, comme vous le savez.

M. Bellavance (Sylvain): Au contraire, la loi vient dire que le médecin va être réputé pratiquer en établissement.

M. Couillard: Mais ça ne peut pas être autrement.

M. Bellavance (Sylvain): Donc, vous demandez un exemple où ça touche la rémunération, c'en est un.

M. Couillard: Mais c'est parce que ça ne modifie pas non plus la rémunération, parce que ça ne peut pas être autrement. Ce qui est différent dans un cabinet privé, c'est la composante technique. Elle est prise en charge complètement dans le tarif unitaire qu'on va négocier.

● (17 h 20) ●

M. Bellavance (Sylvain): Oui, mais on peut... Ça amène énormément d'ambiguïté. Un centre hospitalier qui voudrait faire, par exemple, une entente avec un cabinet pour faire des endoscopies envoie les patients, le cabinet facture l'endoscopie comme il l'aurait à l'hôpital, mais en même temps il facture une visite comme il la ferait en cabinet privé. Ça amène un flou que vous n'avez peut-être pas évalué jusqu'au bout et qui tend à démontrer que ce n'est pas l'endroit pour traiter de ce genre de questions là.

M. Couillard: Mais non, je suis obligé de dire que, lorsque la négociation doit se faire pour le contrat, la personne qui va être du côté de la clinique va avoir inclus tous ces éléments-là dans sa demande de tarif unitaire, forcément. La différence de rémunération entre la composante technique de cabinet, la composante de personnel, la composante immobilière, tout ça est inclus dans la proposition de tarif unitaire que les propriétaires de la clinique vont faire au système de santé.

M. Bellavance (Sylvain): Mais encore une fois ce que la loi prévoit, c'est que le service qui est visé par l'entente doit être réputé fait à l'établissement. Alors, si le service prévu à l'entente, c'est de faire une endoscopie, le médecin qui fait une endoscopie en cabinet privé voit également le patient et facture une visite. La visite, elle, n'est pas le service prévu à l'entente, c'est l'endoscopie qui l'est. Alors, il facture la visite en cabinet privé comme il le ferait habituellement, facture l'endoscopie comme à l'hôpital, comme il la facturerait habituellement, et là le coût unitaire amène un autre paquet de questions aussi. On sait très bien que les GMF et les cliniques-réseaux présentement sont financés pas par le biais de coûts unitaires, il y a des sommes globales qui sont attribuées, et là l'entente oblige de ramener ça aussi à un coût unitaire. Alors, il y a différents éléments dans la loi, au niveau de la facturation, de la rémunération, qui méritent de plus amples discussions et qui ne devraient pas s'y retrouver, selon la fédération.

M. Couillard: On vérifiera. Votre point est intéressant, sur la question des visites préopératoires pour s'assurer que tout ça est inclus, là. Mais il est clair qu'il faut qu'il y ait des tarifs unitaires négociés. Si l'hôpital veut faire faire 1 500 cataractes dans une clinique, il faut qu'il sache combien ça va lui coûter la cataracte pour qu'il soit capable de comparer combien ça lui coûte dans l'hôpital.

M. Bellavance (Sylvain): Qu'il sache qu'est-ce que ça peut lui coûter, 1 500 cataractes, c'est une chose; que le montant du financement doit être unitaire en est une autre. Il y a, dans les cliniques-réseaux, présentement,

des sommes globales qui peuvent être données, que ce soit pour les loyers, que ce soit pour engager des ressources, que ce soit pour augmenter les heures d'ouverture. Par exemple, si le GMF s'engage à avoir tant de médecins et à faire telle chose, il va y avoir 40 000 \$ qui va arriver pour telle chose. Si on augmente le pied carré à un minimum de temps avec des ouvertures, il va y avoir un montant forfaitaire de x qui va être versé. Ici, c'est comme si on oblige tout à ramener à un coût unitaire, qui encore une fois enlève une flexibilité. Et j'espère que, comme vous dites, les réflexions peuvent aider non pas à préciser davantage la loi, mais à vous convaincre que c'est peut-être l'entente qui est le meilleur endroit pour régler ça.

M. Couillard: Mais encore une fois le but même, le but même de l'introduction des centres médicaux spécialisés est d'abord d'augmenter le volume chirurgical et de donner plus d'accès, mais également d'aborder la question sous l'angle des coûts unitaires. Et M. Clair lui-même le disait quand il a introduit la question, c'est d'amener le système de santé à raisonner sur la base de coûts unitaires qui va être un élément de... essentiel.

M. Bellavance (Sylvain): Bien, je ne peux pas vous dire autrement, à ce niveau-là, que de revoir toutes les méthodes actuelles de financement de vos GMF et des cliniques-réseaux, qui ne fonctionnent pas sur la base de coûts unitaires.

M. Couillard: Même chose... En tout cas, on y reviendra ultérieurement.

Lorsque vous faites des remarques sur les médecins participants et non participants, actuellement vous savez qu'il y a des mécanismes d'encadrement encore plus rigides que ce qui existe au Québec et ailleurs au Canada. Il y a des endroits où le désengagement n'est littéralement pas permis. Il y en a d'autres où on y inscrit déjà l'obligation d'avoir des tarifs identiques à ceux qui sont conventionnés. Il me semble que... Et c'est encore raisonnable, ce qui existe comme prescription, vous ne trouvez pas, si vous vous comparez à vos collègues des autres provinces?

M. Bellavance (Sylvain): C'est parce que je ne vois pas, dans les chiffres, là, qu'il y ait un exode massif vers la non-participation. Donc, ma remarque et la remarque de la fédération est de dire: Le ministre a déjà une garantie, a déjà une poignée sur ces gens-là en disant: Je vais fixer les tarifs, mais de là à dire maintenant de défendre la liberté... Parce que c'est un bris de liberté. Le médecin fait sa formation puis il n'a plus aucun choix, après ça. Pour nous, il s'agit d'un bris de liberté supplémentaire qui est non nécessaire. S'il y avait un péril en la demeure, va, mais ce n'est pas le cas actuellement. Donc, on ne peut que décrire cette contrainte supplémentaire sur la liberté du médecin.

M. Couillard: O.K. C'est bien.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, Dr Dugré et Dr Morazain ainsi que Me Bellavance, bienvenue au nom de l'opposition officielle. Vous terminez une journée... enfin un après-midi de consultations qui s'est avéré sans doute difficile, là, pour le ministre, en tout cas pour son équipe sûrement, parce que, de façon, je pense, assez unanime, les intervenants qui vous ont précédés et vous-même avez mis en doute les moyens utilisés, pas les fins poursuivies, mais les moyens utilisés.

J'entendais le ministre répondre dans le cadre de votre échange, tantôt. J'ai noté ce qu'il a dit, là, fidèlement, à savoir qu'aucun gouvernement au monde n'a procédé à une garantie d'accès.

M. Couillard: Législative.

Mme Harel: Législative. Aucun gouvernement au monde n'a procédé à une garantie d'accès législative, d'accord. Et alors je me suis demandé pourquoi le document de consultation qui précédait la législation s'est appelé *Garantir l'accès*. Alors, finalement, donc, ce que la population a retenu, c'était l'intention du gouvernement. Un gouvernement, ça agit par législation ou par règlement, mais ce n'est pas un parti politique, ça, qui peut procéder par un programme. Mais, quand un gouvernement parle, les gens s'imaginent qu'il va passer de la parole à l'acte, et l'acte, dans un gouvernement, c'est adopté une loi ou un règlement.

Mais, en lisant votre mémoire, surtout aux pages 3 et 4, avec toute l'explication que vous donnez sur la discrétion que le projet de loi attribue au ministre, en particulier à 431.2, discrétion qui dans le fond devrait maintenant nous permettre d'intituler le document de consultation, après le dépôt du projet de loi, *Gérer l'accès à des soins hors délai médicalement acceptable* parce que finalement, la discrétion du ministre, elle intervient, comme vous le démontrez, elle intervient lorsqu'il anticipe qu'il pourrait y avoir des délais ou que ça pourrait devenir déraisonnable... Il anticipe que ça devient hors délai médicalement acceptable, alors c'est donc a posteriori qu'il peut, à ce moment-là, intervenir. Actuellement, en vertu de la loi, il a la discrétion d'intervenir, la loi actuelle, là, qui existe. Mais là il se donne un mécanisme dans la loi — parce que le législateur ne parle jamais pour ne rien dire, là — il s'en donne un où il ne peut intervenir qu'au moment où il appréhende, si vous voulez, que c'est sur le point de devenir déraisonnable.

Et j'ajoute à ça quelque chose qui, dans votre mémoire, a retenu mon attention, page 4, c'est l'obligation d'obtenir l'autorisation du gouvernement avant de prendre toute mesure nécessaire pour que soient mis en place les mécanismes particuliers d'accès. Alors donc, dans la loi actuelle, là, s'il n'y avait pas de nouvelle législation, il a toute sa discrétion pour le faire puis il peut le faire de manière prescriptive, alors que, là, avec la nouvelle loi, il faut qu'il attende que ce soit devenu sur le point d'être déraisonnable puis en plus il faut qu'il se fasse autoriser par le gouvernement pour prendre les mesures nécessaires. Et, je me dis, en fait, c'est presque une restriction par rapport à ce qui est de l'ordre du pouvoir du ministre actuel, finalement. Est-ce que ça vous semble le cas?

M. Dugré (Yves): On a parlé de discrétion, vous parlez de restriction. Évidemment, on a dit tantôt que, pour nous, ça nous apparaissait une politisation du mécanisme de déclenchement de ce qu'il faut pour augmenter l'accessibilité. Et c'est là que j'ai argumenté sur le fait que ça prend aussi, dans ces mécanismes-là, une balance, un équilibre, soit avec la population, en tout cas avec des experts médicaux, pour que ces délais-là médicalement acceptables soient faits d'abord par des sociétés qui, même s'il n'y a pas... Ce n'est pas écrit dans un «textbook» combien de temps on doit attendre pour une hernie inguinale non engagée, etc., je pense que tout le monde convient de ça. Mais, au-delà de ça, il y a beaucoup d'éléments où le facteur temps est un élément. Le facteur temps est un élément parce que plus on attend, et ça, beaucoup d'économistes le disent, que plus on attend plus c'est coûteux en toutes sortes de coûts, coûts de société mais également parce que la pathologie peut s'aggraver, etc.

Donc, il faut que le mouvement soit fait pour augmenter l'accès et que cette discrétion-là soit contrebalancée par des délais faits par des sociétés savantes ou un organisme rattaché au commissaire peut-être, comme... ou un comité indépendant en tout cas, et non pas simplement à la discrétion du ministre.

Mme Harel: Mais, Dr Dugré, comme vous êtes accompagné d'un savant juriste en fait, il semble...

M. Dugré (Yves): Très savant.

Mme Harel: Il semble l'être au premier abord, là...

M. Bellavance (Sylvain): C'est dangereux.

Mme Harel: Mais, dans la loi actuelle, à l'article 108, le ministre a la discrétion pour agir.

● (17 h 30) ●

M. Bellavance (Sylvain): À l'article 108, le ministre n'a même pas à agir. L'établissement a, de par sa liberté contractuelle elle-même, la possibilité de conclure des ententes avec n'importe quel autre prestataire de soins ou autre établissement. Et c'est dans ce cadre-là que la fédération, depuis des années, a essayé d'imprimer une volonté à ce qu'on utilise davantage ce recours-là, qu'on favorise davantage que les établissements puissent faire des ententes avec des cabinets et prévoir un financement pour le cabinet. Maintenant, on l'encadre au niveau d'une autorisation, une proposition d'agence, autorisation ministérielle, et autres.

Mme Harel: Dr Dugré, vous avez été un des premiers à plaider pour des cliniques médicales affiliées. Vous avez convaincu la commission Clair. Par la suite, vous avez convaincu les ministres de la Santé de l'époque, dont M. Legault. Ça s'est retrouvé dans des plateformes électorales. Est-ce qu'il vous semble que le projet que vous aviez de cliniques médicales affiliées, disons, ressemble à ce qui est proposé? Vous semblez dire... Dans les circonstances, est-ce que vous recommandez de retirer ce dispositif-là ou d'aller de l'avant?

M. Dugré (Yves): Moi, je comprends qu'il ait changé de nom parce que je ne le reconnais pas,

d'abord. Mais ce que j'ai dit, ce que nous disons ici, c'est que le concept est intéressant, doit être maintenu. Malheureusement, malheureusement, on n'a pas eu la chance d'en discuter beaucoup à la table de négociation, même si ça fait partie du projet depuis trois ans, faute de direction ministérielle, dit-on — c'est le langage utilisé à ce moment-là — et on se retrouve aujourd'hui avec un projet dans un projet de loi qui touche à la fois à l'organisation, les critères de qualité. On demande toutes sortes de listes, le D.G. doit avoir la liste de tous les médecins qui sont dans cette clinique-là, etc., un certain nombre de choses qui nous apparaissent inutiles, d'autres qui peuvent être intéressantes.

C'est un jugement... Je ne veux pas faire un jugement global, mais il est méconnaissable. Et en résumé, pour nous, les gens qui ont étudié le projet de loi y voient comme l'introduction de toute la mécanique de gestion hospitalière dans un cabinet, alors que justement on veut sortir un certain nombre d'éléments d'un hôpital parce que ce n'est pas nécessairement approprié au type de traitements ou de soins qui peuvent être donnés. Donc, dans ce sens-là, ma question, c'est: On est convaincus que c'est une option qui doit être intéressante, mais il faut simplifier un peu son habit actuellement, il y a une robe, là, qui est trop compliquée à porter.

Mme Harel: Dans votre mémoire, j'y retrouve à nouveau, et je m'en réjouis tout simplement, là, cette affirmation de la nécessité de consolider le réseau public et d'investir. Vous dites: Il faut continuer les investissements nécessaires en milieu hospitalier. Alors, vous le voyiez beaucoup comme complémentaire, c'est-à-dire augmenter les soins... En fait, les cliniques médicales affiliées, c'est pour faire plus, hein, et faire plus, et non pas déplacer ce qui se faisait à l'hôpital pour en faire ailleurs.

M. Dugré (Yves): Pour nous, c'est dans le système public. On parle toujours de système public. Quand on parle de cabinet affilié ou de CMA, on est dans le système public. Plus intégré, on convient. On a eu des discussions déjà sur le plan théorique, mais, sur le plan opérationnel, à toutes fins pratiques, on n'en a pas eu. Donc, on est dans le système public. Ce n'est pas une dérive du système public, c'est une transformation appropriée aux nouvelles technologies de soins ou de diagnostics qui se font probablement avec autant de qualité, rapidité, efficacité puis accessibilité dans un milieu autre qu'un milieu hospitalier, qui va être dévolu plus à de la troisième ligne de plus en plus, à des cas complexes ou des cas qui se travaillent par équipe parce que c'est des programmes, etc.

Donc, dans ce sens-là, il y a des gens qui ont décrié le fait que c'est un transfert vers du privé, mais ils n'ont de privé que le nom. Parce que c'est toujours la même discussion qu'on a depuis des siècles de dire qu'un cabinet privé, c'est du privé. Puis j'ai eu un exemple l'autre fois en Abitibi, un journaliste qui m'appelait parce qu'il y avait une clinique privée qui ouvrait en Abitibi, mais c'était un neurologue qui ouvrait un cabinet de médecins, mais c'était... Le mot «privé» fait peur. Mais ça n'a pas nécessairement rapport avec ça. Donc, dans ce sens-là, c'est sûr que c'est dans le système public.

Mais ça prend une injection de fonds, ça prend un financement. Les cabinets de médecins... Il y a des médecins spécialistes qui n'ont pas beaucoup de choix. Vous savez qu'il y a des cliniques externes qui ne sont pas suffisantes pour accueillir tout leur personnel. Les médecins ont des listes de patients à voir, ils doivent pratiquer dans un cabinet. Mais les cabinets, comme les cabinets de nos collègues omnipraticiens — ils le disent, eux également — sont sous-financés, y compris parce qu'il n'y a pas une composante technique. C'est une majoration d'honoraires. Les cabinets eux-mêmes sont sous-financés dans le système actuel. Donc, il y a des éléments à toucher. Donc, le fait d'aller dans un cadre, que ce soit une clinique de radiologie qui s'associe à des centres locaux, je pense que c'est approprié, mais je pense qu'il y a un financement à aller chercher, approprié, pour augmenter l'accessibilité mais en respectant également... ne pas être obligé de rogner sur la composante professionnelle.

Je pense qu'il y a des éléments intéressants là-dedans, mais il faut s'asseoir à la bonne table. Nous, on dit: C'est une bonne table ici, mais, pour discuter de la rémunération et dans un cabinet... Je pense qu'on a une belle table au 32e, à la fédération, où on peut vraiment faire une négociation sur ce sujet-là. On n'a pas eu la chance de le faire. On n'a pas eu vraiment la chance de le faire.

Mme Harel: Dr Dugré, le Conseil pour la protection des malades est venu déposer un mémoire cet après-midi. Son président, Me Brunet, a fait valoir qu'il ne pratiquait pas, là, de religion dogmatique à l'égard de ces questions-là, que l'important, c'était d'augmenter l'accès aux soins mais dans le cadre justement de l'intégration au régime public. Bon. Mais lui craignait énormément non pas que le ministre actuel, parce qu'il lui donnait le bénéfice du doute... mais que la loi, telle que présentée par le ministre actuel, puisse conduire à autre chose que ce que vous décrivez, là, comme cliniques médicales affiliées. Et il avait compté 71 fois dans la loi où il était question de services médicaux supplémentaires, si je me permets l'expression, là, qui pouvaient être... 18, excusez-moi, 18 fois, là, où il était question de... 71, c'était... Attendez. Oui, oui, il a parlé...

Le Président (M. Copeman): Les cliniques et les centres. Les cliniques et les centres.

Mme Harel: Ah oui, «clinique médicale associée» et «centres médicaux spécialisés» étaient énoncés 71 fois, pour un projet de loi qui a 51 articles, et il y avait 18 fois l'ajout possible d'autres traitements, services médicaux à la discrétion du ministre. Et il insistait sur le fait que c'était quand même une loi qui allait survivre sans doute au ministre de la Santé, en tout cas qui était adoptée pour cette fin-là. On sait tous qu'une fonction, par définition, une fonction politique, par définition, quand on est élu, ça peut avoir un caractère temporaire, même si ça dure longtemps. Alors, ça fait déjà... ça fait 25 ans, moi, que je suis dans le Parlement, là.

Mais, ceci étant dit, c'est ça qui, je pense, entretient, alimente cette méfiance, là, qui surgit à l'effet qu'il s'agit de d'autre chose. Parce qu'en définitive, là, comme vous le mentionnez pour les GMF, pour les cliniques-réseaux, il aurait été possible d'avoir des orientations ministérielles sur les cliniques médicales associées et de permettre, dans un cadre contractuel, avec des directives claires, de procéder avec des établissements qui auraient souhaité aller de

l'avant, alors que, là, on met en place tout un édifice qui semble vouloir faire à la place de l'hôpital. C'est ça finalement, là, qui va rester beaucoup dans la population.

M. Dugré (Yves): Moi, je ne voudrais pas prêter des intentions à M. Brunet puis, disons, diagnostiquer ses peurs, mais, nous, médecins spécialistes, et mes collègues chirurgiens, et mon collègue vice-président, ils ont beaucoup plus peur qu'il n'y ait pas assez d'argent dans le système pour... Parce que je pense que c'est une peur qu'on a dite plus que 71 fois que de voir le nom écrit. Je pense que ce qui est important, c'est qu'il y a des capacités encore dans les centres hospitaliers, il y a des capacités dans plusieurs centres d'opération, dans les salles d'opération et dans des plateaux techniques de diagnostic, je pense qu'on a beaucoup plus peur qu'il n'y ait pas suffisamment d'argent pour financer les besoins de la population. Je pense qu'on l'a dit plus souvent que 71 fois aussi.

Ça fait que c'est ça vraiment, ma peur, plutôt que de voir le nom CMS... Et, avec les aménagements qu'on propose, l'épurer un peu de toutes les contraintes administratives pour vraiment qu'il fonctionne. Si on veut qu'il participe à une meilleure accessibilité — on va enlever «garantie d'accès», là, à une meilleure accessibilité — bien il faut qu'il soit fonctionnel. Pour qu'il soit fonctionnel, il faut que les gens qui vont oeuvrer, qui vont donner des soins le voient de façon attrayante puis que les patients aussi en profitent également. Donc, dans ce sens-là, j'ai beaucoup plus peur qu'il n'y ait pas le financement nécessaire pour que ça fonctionne.

• (17 h 40) •

Mme Harel: Je vous remercie, Dr Dugré.

Le Président (M. Copeman): Merci. Quelques commentaires de régie interne avant de saluer nos invités. Dans un premier temps, je comprends, après discussion, qu'en ce qui concerne la fin de notre mandat pour les consultations particulières ce ne sera probablement pas avant le début de la session. Alors, je voulais en aviser les collègues.

Si parfois, aujourd'hui, chers collègues... Puis je vous remercie pour votre compréhension et ainsi la compréhension de nos invités. Si je paraissais un peu distrait, cet après-midi, vous allez comprendre, en tant que parent d'un étudiant à Dawson, j'étais également, comme nous tous, bouleversé par ces événements. Et il a fallu plusieurs appels pour trouver mon fils, qui va bien et ainsi que plusieurs de ses amis. Alors, je vous remercie pour votre compréhension.

Je pense qu'on ne quittera pas sans avoir une pensée particulière pour les blessés et les familles des blessés, ainsi que les étudiants en général, les familles en général et le personnel du collège Dawson, qui ont vécu aujourd'hui une journée très triste. Et je pense que nos pensées sont avec eux.

Alors, Dr Dugré, Dr Morazain et Me Bellavance, merci pour votre participation à cette commission parlementaire au nom de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Sur ça, j'ajourne les travaux de la commission au mardi 19 septembre 2006, à 9 h 30, afin d'effectuer un autre mandat. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 42)