



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Étude détaillée du projet de loi 120 — Loi sur
les services de santé et les services sociaux et
modifiant diverses dispositions législatives (31)

Le lundi 19 août 1991 — No 100

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Déclarations préliminaires	
M. Marc-Yvan Côté	CAS-5707
M. Rémy Trudel	CAS-5711
M. Gordon Atkinson	CAS-5716
M. Marc-Yvan Côté (réplique)	CAS-5717
Organisation des travaux	CAS-5721
Étude détaillée (suite)	
Articles en suspens	CAS-5721
Confidentialité des dossiers médicaux	CAS-5721
Résidents en médecine	CAS-5740
Chef de département clinique	CAS-5765

Autres Intervenants

M. Jean A. Joly, président

M. Paul Philibert, président suppléant

Mme Cécile Vermette

* M. Maurice Charlebois, ministère de la Santé et des Services sociaux

* M. Juan Roberto Iglesias, idem

* M. Marc Gaudreau, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
70 \$ par année pour les débats de la Chambre
Chaque exemplaire: 1,00 \$ - Index: 10 \$
La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi
disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$
Dans les 2 cas la TPS et la TVQ s'ajoutent aux prix indiqués

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
5, Place Québec, bureau 195
Québec, (Québec) G1R 5P3
tél. 418-643-2754
télécopieur: 418-528-0381

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le lundi 19 août 1991

Étude détaillée du projet de loi 120

(Dix heures vingt-cinq minutes)

Le Président (M. Joly): Je déclare la séance ouverte et je rappelle le mandat de la commission. En fait, la commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à l'étude détaillée du projet de loi 120 qui est la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.

Mme la secrétaire, avons-nous des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Boucher Bacon, députée de Bourget, sera remplacée par M. Khelifa (Richelieu), Mme Loisel (Saint-Henri) par M. Tremblay (Rimouski).

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup. Donc, après une petite période de relâche, nous revoici en plein travail, travail important. M. le ministre, j'imagine que vous avez des remarques préliminaires intéressantes à nous communiquer.

Déclarations préliminaires

M. Marc-Yvan Côté

M. Côté (Charlesbourg): Vous êtes un homme bien informé, M. le Président, comme d'habitude! Vous vous rappellerez que le 19 juin on avait décidé de suspendre pour deux mois les travaux de la commission pour permettre à tout le monde de prendre des vacances. C'est donc ce qui a été fait et je me rappelle encore les propos très sincères du député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue qui souhaitait à mon épouse et à mes enfants ainsi qu'à moi-même une bonne période de vacances de pêche. Je vais vous dire que ç'a été effectivement un été tout à fait exceptionnel, entrecoupé, bien sûr, d'un certain nombre de jours de travail pour tenter d'en arriver à ce que tout le monde souhaitait, une entente, et qu'on puisse procéder, à ce moment-ci, à la phase finale.

La commission parlementaire avait ajourné ses travaux au 19 août afin de permettre la discussion avec les représentants des médecins ainsi qu'avec d'autres groupes qui demandaient des corrections au projet de loi 120. Je pense ici, en particulier, aux infirmiers et infirmières auxiliaires et aux directeurs généraux. On se rappellera la communication de dernière heure, ou de dernière journée à l'époque, et un certain nombre d'autres sujets qui, de toute évidence, ne pouvaient pas passer la rampe au mois de juin et avaient besoin d'un peu plus de travail.

Rappelons-le, c'était très évident à l'époque, peut-être un peu moins aujourd'hui, mais, à

l'époque, c'était très évident. Les médecins contestaient ouvertement le projet de loi 120 qui, selon eux, remettait en question l'autonomie de leur pratique, leur liberté d'installation, leur implication dans les décisions qui les concernent et la confidentialité du dossier de l'utilisateur. Les problèmes étaient à ce point nombreux, disaient-ils, et importants qu'ils réclamaient même le retrait pur et simple du projet de loi 120 et souhaitaient repartir à zéro. Ils réclamaient au moins six mois pour refaire le travail. Donc, des discussions ont eu lieu au cours de l'été et ces échanges se sont, M. le Président, déroulés dans un esprit, il faut bien l'admettre au départ, de méfiance et de scepticisme. Mais, après quelques réunions, tout le monde a compris qu'il fallait saisir la chance qui était offerte et qu'il fallait répondre à l'invitation que la commission avait faite à l'époque, le faire avec ouverture et collaborer pour faire en sorte que les deux mois qui nous étaient impartis puissent amener à une conclusion.

C'est un accord qui n'a pas été nécessairement facile, vous en conviendrez, car nous avons pour certains dossiers, après avoir fait le constat de ces problèmes, des solutions différentes. Il a donc fallu mettre de l'eau dans notre vin de part et d'autre. C'est le propre de toute négociation ou de tout échange. Nous avons le choix de nous braquer mutuellement sur nos positions respectives, mais cela aurait définitivement créé l'impasse et les Québécois et les Québécoises en auraient fait définitivement les frais.

L'autre choix était de s'ouvrir mutuellement à la discussion pour bien comprendre nos points de vue, nos objectifs et tenter de trouver des accommodements réciproques. C'est le choix que nous avons fait. Mon choix a été d'accepter les ajustements proposés par les médecins, mais ces derniers ne devaient pas remettre en question les fondements même de la réforme. Certains de ces ajustements sont différents de ceux imaginés par le gouvernement, car les médecins m'ont convaincu que certains pouvaient donner des résultats. Je les ai acceptés en toute bonne foi. Ils devront être implantés et évalués à court terme et ils devront donner les résultats escomptés, sinon le gouvernement, en vertu de ses responsabilités et de son pouvoir - et je le dis sans aucune espèce d'animosité et en toute bonne foi - devra décréter les mesures requises.

Évidemment, j'ai vu ou lu comme tout le monde certaines inquiétudes manifestées de manière publique par ceux qui ont accepté de s'ouvrir au cours de la fin de semaine et d'échanger certaines appréhensions ou certains constats. J'ai voulu à ce moment-ci, ce matin, parler des fondements de la réforme qui n'ont

pas été touchés, puisque ça me paraît extrêmement important d'y revenir. Il nous faut pour cela donner un certain nombre d'exemples.

Le premier, et ça doit être le premier puisque ç'a toujours été la volonté très clairement exprimée par cette réforme, c'est que la consécration des droits de l'utilisateur dans la Loi sur la santé et les services sociaux et des mécanismes de traitement des plaintes plus transparents, rien n'est touché.

La décentralisation. La nécessité de faire prendre des décisions le plus près possible de l'action, la création des régies et leur mandat sur l'aménagement des programmes de services et d'allocation des ressources, rien n'est touché.

Un autre principe extrêmement important, qui est un des fondements mêmes de cette réforme: les citoyens au coeur de la prise de décision et majoritaires au niveau des conseils d'administration des établissements, à ce niveau-là, le principe des fondements mêmes a été respecté. Les missions des établissements plus claires, donc avec un noyau dur, avec de la périphérie, rien de cela n'a été touché et est tel quel, tel que nous l'avions décidé dans les rencontres précédentes.

L'allocation des ressources financières en fonction des besoins de la population et non pas en fonction des producteurs demeure un des fondements mêmes qui a été respecté. La politique de santé et de bien-être qui doit être un instrument privilégié pour réaliser le virage des résultats, non seulement tout cela demeure, mais rappelez-vous avec quelle insistance, non pas seulement les médecins, mais l'Opposition aussi et, règle générale, les intervenants de tout le monde de la santé et des services sociaux souhaitaient une politique de santé et de bien-être, avant même la réforme, comme étant un élément indispensable. Et ça demeure.

Et, pas dernièrement parce qu'on pourrait être encore plus exhaustif, mais un dernier point que j'ai retenu: la nécessité - et je l'ai dit à plusieurs reprises - que les services médicaux de base soient disponibles dans l'ensemble des régions du Québec, car tous les Québécois et les Québécoises paient les mêmes impôts, à Montréal ou ailleurs au Québec. Ce principe-là est gardé et nous tenterons de l'illustrer de la manière la plus éloquente possible au cours de nos échanges.

Comme je l'ai dit, il y a eu des changements et certains sont significatifs, en particulier concernant les médecins. Nous les verrons lors de l'examen article par article, puisque c'est à cela que nous sommes conviés au cours de la semaine, mais permettez-moi, pour tenter d'ouvrir ces discussions, de vous les illustrer à partir de cinq dossiers en particulier: la confidentialité du dossier de l'utilisateur, la Loi sur l'assurance-maladie, les effectifs médicaux et l'agrément, les structures consultatives et les structures administratives.

La confidentialité du dossier de l'utilisateur,

d'abord. Rappelez-vous, ce dossier a été largement discuté sur la place publique, malgré les efforts considérables faits par cette commission au cours des mois de mai et juin pour tenter de colmater toutes les brèches qu'il pouvait y avoir et faire en sorte qu'on puisse arriver à un projet de loi qui ait un préjugé plus que favorable au citoyen dans la confidentialité du dossier. À ce niveau-là, les efforts n'ont été ménagés ni de notre côté ni du côté de l'Opposition pour tenter d'y arriver. Mais c'est un dossier qui ne créait pas de réelles difficultés avec les médecins et qui a été discuté, à notre demande, en tout premier lieu et comme premier point des discussions de l'été. Nous partageons le même objectif: garantir la confidentialité du dossier de l'utilisateur.

Certaines dispositions du projet de loi 120 ont été rendues plus explicites. À titre d'exemple, la loi précisera que les renseignements fournis par les établissements ne doivent pas permettre d'identifier un usager d'un établissement ou un utilisateur de services d'un organisme communautaire. De plus, les renseignements que le ministre ou la Régie pourraient requérir seront encadrés dans la loi et feront l'objet, comme c'est le cas actuellement, d'un pouvoir réglementaire. Donc, là-dessus, il n'y a plus aucune difficulté et aucune possibilité d'interprétation quant au résultat final, ce qui était partagé par l'ensemble de la population. Nous étions sur la même longueur d'onde, tous les intervenants, qu'ils soient politiques ou qu'ils soient du monde médical.

Le deuxième dossier évoqué à la demande du regroupement du corps médical était la Loi sur l'assurance-maladie. Une première modification porte sur l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance des organismes représentatifs pour négocier avec le ministre. Le projet de loi 120 donnait au ministre, avec l'approbation du gouvernement, le pouvoir de conclure une entente avec un groupe ou un regroupement représentatif à l'échelle du Québec de professionnels de la santé qu'il reconnaît, l'objectif étant de s'assurer de la représentativité des agents négociateurs du côté des médecins. Cet article pouvait remettre en question la reconnaissance des fédérations médicales telles qu'on les connaît et aurait pu permettre éventuellement au ministre de négocier avec d'autres formes de regroupements qu'il aurait pu déterminer lui-même. Les médecins ont toutefois reconnu qu'il y avait lieu d'apporter des modifications à la législation afin d'instaurer de meilleurs mécanismes pour statuer sur la représentativité des organisations syndicales. À cette fin, nous avons proposé aux médecins la mise sur pied d'un comité d'étude conjoint qui doit produire un rapport avant le 30 juin 1992, étant entendu que, par la suite, un projet de loi serait soumis par le ministre sur cet aspect du régime de négociations avec les médecins. D'ici là, le texte de la loi actuelle sera maintenu. Ce

qu'il s'agit de faire, en clair, c'est d'élaborer un mécanisme de maraudage qui permettrait effectivement d'aller, à périodes régulières, vérifier la représentativité des fédérations médicales.

Une deuxième modification porte sur la signature du relevé d'honoraires. L'obligation qui est faite dans le projet de loi 120 d'obtenir la signature du bénéficiaire sur le relevé d'honoraires pour tout service dispensé à l'extérieur d'un établissement a constitué - et c'est peu dire - un irritant majeur pour les médecins. Compte tenu de certaines difficultés d'application, l'obligation de signer le relevé d'honoraires est remplacée dans le projet de loi 120 par l'obligation pour le médecin ou l'établissement d'informer le patient du coût des services rendus. Les modalités entourant cette obligation seront déterminées par règlement. Il y a donc là une différence fondamentale dans la conclusion de l'accord avec les médecins. Il ne s'agit donc plus d'informer la population sur les coûts des services en cabinet privé mais sur l'ensemble des services reçus au niveau de l'ensemble des établissements du réseau, y compris les cabinets privés. Donc, le but de l'éducation du public est atteint.

Troisième chapitre. Les effectifs médicaux et l'agrément. Faire en sorte que les services médicaux de base soient disponibles dans l'ensemble des régions du Québec est un point important, je dirais majeur, de la réforme. J'ai dit souvent que cet objectif était non négociable. Il ne l'a pas été non plus, mais les moyens pour y arriver ont fait l'objet d'un certain nombre de discussions. Les médecins ont reconnu que le problème actuel et l'objectif visé constituent une responsabilité partagée et qu'il faudra un ensemble de mesures pour y arriver. Certains moyens sont ceux de la réforme, d'autres viennent directement des propositions faites par les médecins.

Nous maintenons que l'élaboration et l'approbation des plans régionaux d'effectif médicaux seront faits en fonction d'objectifs de croissance ou de décroissance, déterminés par le ministre, des plans d'effectifs médicaux des établissements et de l'activité des cabinets privés.

Le gouvernement va continuer à respecter le principe de la liberté d'installation, une notion importante non pas seulement pour le corps médical, mais pour l'ensemble de la population. Sauf que, pour bénéficier de la pleine rémunération, le médecin devra participer à des activités particulières: premièrement, les services rendus dans tout centre autre que CLSC; deuxièmement, les services préhospitaliers d'urgence; troisièmement, la participation au réseau de garde en CLSC; quatrièmement, le maintien à domicile; cinquièmement, le système de garde dans les établissements; et sixièmement, les programmes de prévention. Cette mesure vise tous les médecins spécialistes qui n'ont pas de statut de

membre actif dans un établissement et tous les omnipraticiens ayant moins de 10 ans de pratique. Cette mesure devrait inciter les médecins à s'installer là où des postes sont disponibles, particulièrement en région.

À la suite d'une proposition formulée en juin dernier par l'Opposition officielle, il avait été discuté de la possibilité de prévoir une clause suspensive pour l'ensemble des mesures qui touchent l'agrément. Les négociations ont conduit à faire inscrire immédiatement dans le projet de loi ces mesures. Également, feront l'objet de négociations les mesures incitatives pour attirer et retenir les médecins en région. À défaut d'entente, le gouvernement pourra établir par décret la rémunération applicable et les modalités du mécanisme d'agrément. Donc, une chance est donnée à la négociation mais le gouvernement se réserve le droit d'intervenir par décret, comme c'est le cas présentement.

Donc, les dispositions relatives aux plans d'effectifs médicaux et l'agrément sont maintenues. Cependant, nous nous sommes engagés par protocole à négocier, d'ici le 1er avril 1993, moment où il y aura un nouveau plan d'effectifs médicaux, donc pour la période 1993-1996 puisque celui qui est en cours, de 1990-1993, se terminera à la fin mars 1993. Donc, nous nous sommes engagés par protocole à négocier d'ici cette période les mesures incitatives pour la répartition géographique des médecins et les modalités de l'agrément.

Une nouvelle qui a circulé, à ce moment-ci, mérite certains éclaircissements puisque la Fédération des médecins spécialistes du Québec a fait une proposition qui a été à tout le moins véhiculée sur la place publique, à l'effet que des médecins spécialistes dans les régions du Québec pourraient bénéficier d'une année sabbatique comme, par exemple, les professeurs d'université, dans la plupart des universités, l'ont maintenant. Ce n'est pas nouveau comme idée, mais ce serait assez extraordinaire si ça devait servir les médecins et leur permettre d'être plus positifs à l'égard des régions du Québec.

Cette mesure, donc, est une proposition qui a été déposée, qui n'est pas acceptée, qui fera l'objet de négociations éventuelles et dont le coût total serait payé éventuellement par les médecins spécialistes. Donc, à bien distinguer ce qui a été véhiculé comme étant des moyens incitatifs, donc positifs, et qui, aussi, seraient défrayés, payés par les médecins dans l'esprit d'ouverture qui a été démontré et dans la volonté très ferme d'en arriver à régler un certain nombre de problèmes des médecins au niveau des régions du Québec. Ceci n'était qu'un seul exemple. Il y en a d'autres.

Quant au budget de la Régie de l'assurance-maladie du Québec destiné à la rémunération des médecins, il sera constitué d'une enveloppe fermée qui évoluera en fonction des caractéristiques démographiques plutôt qu'en fonction de la

croissance des effectifs médicaux. Elle évoluera donc en fonction des besoins de la population, ce qui est un changement majeur par rapport aux pratiques actuelles. Cette enveloppe ne sera pas régionalisée. Par contre, deux nouvelles mesures sont introduites pour permettre d'atteindre les objectifs visés par le projet de loi 120.
(10 h 45)

Une voix: Ah "câlisse"!

M. Côté (Charlesbourg): En espérant que les micros n'ont pas tout saisi.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je pensais que la réaction, c'était suite au dernier paragraphe.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Donc, on va reculer la bobine et on va recommencer...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): ...pour faire en sorte que M. Morin ne soit pas dans l'embarras.

Cette enveloppe ne sera pas régionalisée. Par contre, deux nouvelles mesures sont introduites pour permettre d'atteindre les objectifs visés par le projet de loi 120. Premièrement, des mécanismes renforcés pour que les établissements respectent leur plan d'effectifs. Ainsi, les établissements devront informer de l'état de son plan d'effectifs un médecin qui demande des privilèges, ce qui n'était pas toujours nécessairement le cas à ce moment-ci. Deuxièmement, la résolution du conseil d'administration sera nulle advenant l'octroi de privilèges excédant le plan d'effectifs. L'ensemble des mesures incitatives ainsi que celles relatives à l'agrément feront en sorte que l'objectif de répartition équitable des ressources professionnelles médicales entre les régions du Québec devrait être atteint.

Effectivement, et je ne chercherai pas à le cacher ou à le diminuer, nous avons largement évoqué la possibilité d'une enveloppe régionale de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, fermée. Elle n'est pas fermée. Elle pourra faire l'objet de communication et d'information mais, à ce moment-ci, elle n'est pas fermée puisque l'ensemble des autres mesures devrait nous permettre d'atteindre un certain nombre des objectifs fixés, l'enveloppe de la RAMQ régionale étant un moyen et non pas l'objectif.

Voilà donc un grand nombre de mesures visant une meilleure répartition des effectifs médicaux. Un bon nombre de ces mesures sont du projet de loi 120 ou ont été ajoutées lors des propositions de juin, d'autres sont nouvelles. Bref, l'accent a été mis sur la négociation de conditions, tant pour les mesures incitatives que

pour l'agrément. Ces négociations devront cependant être terminées pour le 1er avril 1993. En attendant, toutes les mesures actuelles continuent de s'appliquer. Je répète: En attendant, toutes les mesures actuelles continuent de s'appliquer jusqu'à la conclusion d'une entente négociée ou, sinon, d'un nouveau décret gouvernemental.

Quant aux structures consultatives, les médecins veulent être associés à la réforme et à la gestion du réseau. Ils peuvent, et je pense que c'est l'avis très largement répandu, apporter expertise et éclairage. J'avais reconnu cette nécessité dans la réforme pour les médecins et l'ensemble du personnel du réseau. En juin, j'avais reconnu davantage cette nécessité en proposant une commission médicale régionale chargée de donner des avis à la régie régionale sur les questions touchant la pratique médicale, les effectifs médicaux, l'agrément et j'en passe.

Également, j'avais proposé, le 7 juin, dans une lettre au Dr Richer, la création d'un organisme-conseil auprès du ministre pour les questions relatives aux médecins. Nos discussions nous ont conduits à confirmer ces choix en proposant la création d'une commission médicale régionale ayant un rôle d'avisur à la régie régionale sur les plans d'effectifs médicaux des établissements, les modes de rémunération et d'organisation clinique des services médicaux et l'établissement d'une liste d'activités médicales particulières pour qu'un médecin puisse adhérer à une entente, donc mécanisme d'agrément des médecins de cabinets privés.

De plus, un conseil médical du Québec sera créé par loi. Son mandat: Aviser le ministre sur les politiques de main-d'oeuvre médicale, les projets de règlements relatifs à l'organisation clinique des services médicaux et le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux, composé majoritairement de médecins, donc 9 sur 15, et dont le président serait un médecin.

Quant aux structures administratives, le projet de loi 120 et la réforme voulaient corriger certains problèmes de gestion dans les établissements causés par la "bicéphale" actuelle. Toutes les structures consultatives devaient relever du directeur général, mais il n'a jamais été entendu que l'on voulait soumettre les dimensions cliniques des médecins au D.G. et remettre en question le principe de l'évaluation de l'activité professionnelle par les pairs.

À la suite des discussions avec les médecins, il a été convenu que le CMDP, le conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens, se rapportera au conseil d'administration pour les aspects professionnels, à savoir: les privilèges accordés aux médecins et les obligations en découlant; le maintien de la compétence; la qualité des actes; les mesures disciplinaires; les règles de soins et les modalités du système de garde.

Il remettra des avis au D.G. concernant les

aspects administratifs, à savoir: les règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires et les sanctions administratives; l'organisation technique et scientifique; la distribution appropriée des soins et l'organisation médicale du centre; les moyens à mettre en oeuvre pour assurer la complémentarité avec les autres établissements, compte tenu des ressources disponibles, et la nécessité de fournir des services adéquats.

Les fonctions du directeur des services professionnels, communément appelé DSP, et des chefs de département, pour la partie de leurs tâches effectuée sous l'autorité du DSP, ont été sensiblement renforcées, notamment, en ce qui a trait à la gestion de la garde. Il y a un accord pour que soient établies des obligations rattachées à la jouissance des privilèges permettant à un médecin d'exercer sa profession dans un établissement. Également, sont clarifiées les obligations du médecin lorsqu'un contrat de services entre établissements implique des services médicaux. Il s'agit d'un moyen souvent employé pour assurer la continuité des services et, parfois, les médecins refusent de collaborer à ces contrats.

Enfin, quant à l'implication des médecins au conseil d'administration, la proposition de juin a été, pour l'essentiel, acceptée. Au poste réservé au médecin dans les centres hospitaliers, nous proposons d'en réserver un dans les centres de santé. Dans les autres établissements, nous proposons que des médecins puissent être élus par et parmi le personnel. De plus, nous proposons qu'ils puissent être cooptés ou désignés par les universités, corporations propriétaires, fondations, usagers, sauf dans les centres où ils travaillent. Face au conseil d'administration de la région régionale, en juin, j'avais fait une proposition à l'effet que les médecins pouvaient être élus par l'assemblée régionale ou cooptés par le conseil d'administration de la région. Cette proposition a été retenue. Le seul changement véritable, c'est que le président de la commission médicale régionale siègera au conseil d'administration de la région à même l'enveloppe des postes cooptés.

En guise de conclusion, tous ces changements sont le fruit de discussions et d'échanges. Un bon nombre de mesures avaient été proposées aux médecins en mai et en juin dernier. Certaines ont été bonifiées. D'autres sont nouvelles, car des moyens ont été proposés par les médecins. Certains d'entre eux nous apparaissent valables et ont été acceptés. Bref, nous avons mis, chacun de notre côté, un peu d'eau dans notre vin. La situation du mois de juin nous a révélé que c'était nécessaire. Je crois sincèrement que les moyens retenus dans cette négociation peuvent donner de bons résultats. À tout le moins, les médecins du Québec ont l'occasion de le démontrer au gouvernement, mais aussi et surtout à la population québécoise.

Certains seront très certainement tentés, à ce moment-ci, d'identifier un gagnant et un perdant. La question fondamentale pour certains, c'est: Est-ce les médecins? Est-ce le ministre? Pour moi, ce n'est pas le ministre qui est gagnant. Pour moi, aussi, ce ne sont pas les médecins qui sont les gagnants. À la lumière de ce que nous avons vécu en mai et en juin, de la démonstration très nette des usagers du Québec, des citoyens qui allaient voir leur médecin, de mon point de vue à moi, c'est plutôt l'usager, le citoyen qui est gagnant, car il y a une réforme. En juin, nous aurions pu avoir un projet de loi 120 sans réforme. Nous avons aujourd'hui un projet de loi 120, pour une bonne partie, en espérant qu'au cours des prochains jours ou des deux prochaines semaines nous aurons un projet de loi 120 final et nous aurons aussi une bonne réforme, avec les fondements mêmes de cette réforme qui sont, et je le dis très candidement, pour la plupart, la très large majorité, sauvegardés, avec des moyens différents pour les atteindre, mais avec des objectifs qui sont là et qui, nous l'espérons, seront atteints.

Il est clair maintenant que nous avons du travail à faire dans l'étude article par article de ces mesures pour bien vérifier tout ce qui a pu se passer. Nous nous étions donc donné rendez-vous ce matin jusqu'au 23 pour passer au travers des articles. Nous le ferons au cours des prochaines heures et des prochains jours, tentant de donner encore le plus d'éclairage possible, comme nous l'avons fait depuis le début, sur la portée des amendements qui seront déposés dans les prochaines minutes pour que tous les parlementaires puissent en prendre connaissance et qu'on puisse y travailler. Nous continuerons de le faire avec le même esprit que depuis le début, dans l'espérance que ça aille chercher le plus grand support possible et que tout le monde puisse travailler, au niveau du réseau de santé et de services sociaux, main dans la main, pour régler les problèmes que nous connaissons depuis un certain nombre d'années. Ceci nous permettra de franchir un pas très important en avant dans la réforme, mais aussi et, bien sûr, c'est le but ultime, dans l'amélioration des services aux citoyens de tout le Québec. M. le Président, je vous remercie.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et aussi responsable officiel de l'Opposition officielle pour le dossier de la santé. M. le député.

M. Rémy Trudel

M. Trudel: Merci, M. le Président. Je veux d'abord saluer, bien évidemment, les membres de la majorité ministérielle et le ministre après un été dont nous avons bien besoin. C'est le minimum que nous puissions dire ce matin, nous

en avons bien besoin. Je m'étonne un peu au départ que le ministre n'ait pas commencé par saluer celui que nous avons placé là, peut-être ce matin, celui que nous avons placé au centre. A-t-il un sarrau et un stéthoscope? Il a peut-être changé d'habillement, il a peut-être changé de présentation.

Quoi qu'il en soit, nous avons énormément insisté de notre côté, comme élément fondamental, que nous ne pouvions nous engager dans une quelconque réforme de l'organisation de nos services de santé et services sociaux sans la pleine adhésion du corps médical. On se souviendra, à l'époque, même du côté de l'Opposition, d'un certain nombre de pressions assez fortes qui ont été faites sur l'Opposition pour que nous puissions procéder rapidement en juin. Nous avons toujours affirmé, et nous allons continuer à le faire au cours des prochains jours, qu'il n'est pas question que le législateur puisse se laisser manipuler, en quelque sorte, ou cède à des pressions de l'extérieur. Nous allons accomplir nos responsabilités en vue d'une bonification de ce projet de loi, toujours en fonction du service à rendre aux citoyens et de l'accessibilité à ces services.

(11 heures)

Nous entendons continuer dans la même ligne et nous pensons, c'est le moins que l'on puisse dire ce matin, que d'avoir forcé la main, en quelque sorte, pour l'ouverture de ces échanges - je n'aime pas beaucoup le terme négociation lorsqu'on est en processus législatif - ça permet de dire que, quant à nous de l'Opposition, comme membres du Parlement, de l'Assemblée nationale, les ententes qui sont intervenues avec les représentants du corps médical sont des propositions du ministre. Elles ne lient pas l'Opposition, elles ne lient pas les membres de l'Assemblée nationale et nous conservons notre pleine marge de manoeuvre quant aux textes qui nous seront déposés, quant aux objectifs qui nous seront présentés sous la forme d'amendements.

La question qui se pose ce matin, après quelque chose comme 175 heures de commission parlementaire, un ajournement in extremis, des échanges pendant un bon nombre de jours avec les représentants du corps médical, avec le résultat qui nous sera précisé au cours des prochaines minutes, c'est évidemment la question que tout le monde se pose: Que reste-t-il du discours de Charlesbourg? Que reste-t-il du spectacle du 7 ou 8 décembre 1990?

M. Côté (Charlesbourg): Le 7.

M. Trudel: Le 7.

M. Côté (Charlesbourg): Le 8, il n'y en a pas eu.

M. Trudel: Le 8, c'était la réjouissance parce qu'il y avait un grand nombre de principes

qui avaient été exposés. Et tout cela, M. le ministre, était supposé être incontournable. Il y avait des incontournables dans ce projet de réforme, et il n'était pas question d'aller dans d'autres directions.

Quant à nous, je tiens à le mentionner encore une fois, nous allons continuer à analyser ce qui nous est présenté à travers, je dirais, presque le même biais de l'analyse que nous avons utilisée jusqu'à maintenant de part et d'autre, c'est-à-dire celui du citoyen, mais j'ajouterais plus particulièrement ce matin celui du citoyen en région parce que nous avons un peu plus d'inquiétudes que nous n'en avons sur un certain nombre de mécanismes qui sont apparus suite aux échanges avec certains groupes. Nous allons continuer à travers ce prisme. Et le résultat de l'analyse va servir de barème, évidemment, sur notre position finale quant à ce projet de loi.

Mais que reste-t-il du discours de Charlesbourg? Que reste-t-il du discours de Charlesbourg? D'abord, ce matin, il nous faut revenir...

M. Côté (Charlesbourg): À l'édition.

M. Trudel:... à l'édition première d'une réforme axée sur le citoyen. Il nous a fallu parcourir cet élément support au spectacle du 7 décembre pour savoir, pour connaître ce qu'il en restait. Il a fallu aussi aller voir ce qu'au mois de mars on nous avait déposé comme amendements, puisqu'au projet de loi déposé à l'Assemblée nationale 309 modifications étaient apportées, certaines modifications de nature technique, d'autres plus fondamentales, mais certaines techniques.

M. Côté (Charlesbourg):...

M. Trudel: 309. Je mets toujours de côté les propositions acceptées, pour la plupart d'ailleurs, par l'Opposition.

S'ajoutent ce matin au projet original 120 modifications supplémentaires ou des propositions qui seront déposées. Je remercie le ministre de nous les avoir fait parvenir quelques heures auparavant. Mais s'ajoutent ce matin 120 autres modifications à ce projet de loi.

Le Président (M. Joly): M. le député, est-ce que vous tenez compte des articles qui étaient suspendus, dans ça?

M. Trudel: Je fais uniquement compter les pages ou les articles - oui, je le dis, en collaboration - qui nous ont été déposés par le ministre hier et un certain nombre d'autres amendements qui sont à venir sur des aspects comme la certification des D. G., également sur le mécanisme de traitement des plaintes et quelques autres éléments de la réforme. Alors, nous sommes donc partis avec des principes fondamen-

taux qui ont été traduits dans un projet de loi. Donc, au minimum, on a présenté tout près de 439 amendements à ce projet de loi de 494 articles. C'est pourquoi ce matin il faut se demander: Que reste-t-il du discours de Charlesbourg?

Il faut revenir en particulier sur quelques éléments dont le ministre vient de nous faire mention, qui sont la résultante des échanges qu'il y a eu pendant l'été et qui ont touché un certain nombre de principes que le ministre avait annoncés comme incontournables, au début de son projet de loi sur la réforme de la santé et des services sociaux, qui sont devenus contournables et qui ont été contournés, y compris un certain nombre de réalités qui semblent être apparues au ministre, d'éléments du projet de loi qui, d'évidence, n'ont pas pu passer la barrière de la démonstration de la faisabilité de la réalité ou que nous pouvions réaliser ces aspects-là.

Un des éléments les plus fondamentaux de cette réforme annoncée par le ministre, c'est la régionalisation des services, la régionalisation également des moyens pour servir équitablement les citoyens des régions du Québec qui, oui, c'est juste, paient les mêmes impôts, les mêmes taxes et qui, souvent, n'ont pas les mêmes services. L'abandon du principe de la régionalisation et de l'applicabilité du principe de la régionalisation des enveloppes de la RAMQ à l'articles 488, et l'abolition - le ministre, **semble-t-il**, retirera également l'article 290, mais enfin - le retrait de cette décision annoncée de régionaliser les enveloppes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec est, **ouh**, il faut l'appeler comme cela, un recul majeur. Les intervenants qui avaient procédé à l'analyse de ce projet de réforme avaient à peu près tous annoncé qu'un des éléments clés de la lecture et de l'application de ce projet de réforme, c'était précisément la régionalisation du fric, la régionalisation de l'argent, la régionalisation de l'enveloppe du budget de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Résultat de négociations, examen **plus** à fond de la question, le ministre annonce aujourd'hui qu'une des clés de la dispensation des services, un des éléments les plus fondamentaux pour en arriver à contrôler véritablement et la main-d'oeuvre et la dispensation des services, en particulier au niveau médical bien sûr, dans les régions est retiré du projet de réforme.

À la question: Le ministre, le gouvernement a-t-il reculé sur ces aspects? Eh bien, le ministre a fait quelques commentaires sur ces aspects il y a quelques minutes. Sans l'ombre d'un doute, nous pouvons constater ce matin que ce principe consacré, ce principe fondamental n'existe plus, évidemment.

L'autre aspect ou un autre des principes annoncés comme étant incontournables dans ce projet de réforme de la santé et des services sociaux, c'est toute la question de l'"unicéphalée" ou de la structure bicéphale dans les établisse-

ments. Mais que s'est-il passé pendant le mois de juillet? Mais que s'est-il passé en termes de réflexions? Parce que nous avons entendu, depuis les orientations, le document d'orientation publié par Mme Lavoie-Roux, depuis la commission parlementaire tenue au printemps 1990 ici à l'Assemblée nationale, depuis la publication du projet de réforme du livre blanc du ministre de la Santé et des Services sociaux, depuis le dépôt à l'Assemblée nationale du projet de loi 120, qu'un des éléments clés de cette réforme, c'était l'unité de commandement, l'unité de direction. Il fallait, pour corriger les éléments du système, que nous puissions en arriver à une unité de direction pour la gestion efficace des fonds publics. Tout cela, donc, nous a été livré comme un principe fondamental au cours des quatre dernières années et, au cours de l'été, ce principe est devenu aussi **contournable**. Ce principe a été remis en question. Nous avons nous-mêmes fait un bon nombre d'observations sur l'impraticable... pas praticable! C'était inapplicable. Ce principe était impraticable. Il fallait effectivement, dans le positionnement des professionnels, en particulier de la santé dans le système, revoir ce système du 1-17-400, 1 boss, 17 régies, 400 exécutants sur le terrain.

Que s'est-il passé pendant le mois de juillet pour que ces éléments de l'incontournable deviennent aussi du contournable? Cinq ans plus tard, on se rend bien compte de l'illusion qu'on a créée dans tout le réseau de la santé et des services sociaux. Et voilà un autre principe sur lequel, par rapport à ce qui a été annoncé par le ministre et ce qui a été mis de l'avant, il y a eu un recul également. Je pense que je serais tenté de dire ce matin: Est-ce que la même médecine de révision de la vision du ministre pourra s'appliquer quant aux directeurs généraux dans le réseau des établissements de la santé et des services sociaux? Est-ce que nous aurons besoin, pour les directeurs généraux en particulier, d'un autre mois de juillet pour en arriver à ce que le raisonnement se rétablisse dans la juste perspective des choses?

Quant à la répartition des effectifs médicaux, le ministre affirme n'avoir reculé sur aucun élément. Prenons sa description même de ce matin quant aux principes qui vont maintenant présider à la répartition des effectifs médicaux: jugement global que nous pouvons porter du rapport même que nous fait le ministre ce matin, tout est reporté sur la négociation future ou à peu près. Revoyons rapidement, toujours par rapport aux principes annoncés, et nous n'y reviendrons pas longuement puisque cela avait fait l'objet de moult tournées à travers le Québec ou moult rencontres dans l'ensemble des régions du Québec, et bien expliqué et bien publié pour l'ensemble des Québécois et des Québécoises... qu'est-ce que le ministre nous dit ce matin? Il dit: On n'a pas revu fondamentalement le mécanisme du traitement des plaintes.

Petit rappel à l'ordre: La commission des institutions a siégé elle aussi pendant l'été et recommande que soit établi un mécanisme transparent, efficace et indépendant comme troisième niveau du traitement des plaintes. Nous reviendrons là-dessus. Tout cela n'a pas été touché mais demeure objet de discussion ici au niveau du troisième niveau.

Deuxième élément de l'entente qui nous a été rapporté ce matin: La politique de santé et de bien-être demeure. Elle demeure où? Elle demeure, dans l'esprit du ministre, du législateur, à venir après que nous ayons dessiné l'instrument que nous sommes à examiner actuellement et nous demeurons très exactement dans le même dilemme.

Quant aux négociations avec les médecins ou les échanges avec les médecins eux-mêmes, la confidentialité resserrée, c'est un objectif partagé. Nous avons ajouté à ce projet de loi un bon nombre d'amendements pour faire en sorte que tout soit bien serré. Il y aura, de ce que nous aurons pu en voir, quelques ajouts qui vont encore mettre des ceintures aux bretelles que nous avons mises sur les articles de loi mais, plus fondamentalement, l'article 19, quant à l'intention au principe incontournable que le ministre avait annoncée de décider avec qui il allait négocier les ententes avec les fédérations médicales, tout cela fera l'objet, a-t-il dit il y a quelques minutes, tout cela fera l'objet maintenant d'un règlement négocié avec les fédérations médicales, avec les intervenants actuels. Tout ce que nous voulons, pour cet aspect, faire ressortir pour l'instant, voilà un autre aspect incontournable du ministre, et un comité d'étude est créé pour en arriver à déterminer - c'est ce que vous avez annoncé il y a quelques minutes - la reconnaissance des organismes qui vont négocier avec le ministre. Il y aura donc un comité d'étude. Et il n'y aura pas de changement par rapport au texte dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. C'est ce que vous avez dit il y a quelques minutes: il n'y a pas de changement au niveau du texte, ça continue à s'appliquer tel que c'est actuellement. Donc, rien de nouveau sous le soleil.

La signature du relevé d'honoraires, c'était incontournable, pour le ministre, pour informer. Tout cela fera l'objet d'une nécessité d'informer le citoyen, mais de modalités à déterminer par échanges et par règlements plus tard, je reprends les paroles du ministre d'il y a quelques minutes. Les effectifs et l'agrément, le moins qu'on puisse dire, c'est que ça a été adouci et tout cela maintenant, effectivement, tout cela, au niveau de l'agrément est relié à la négociation d'ententes avec les fédérations représentant les médecins.

(11 h 15)

Vous me permettrez certainement d'être un petit peu sceptique, d'être un petit peu sceptique sur le résultat de l'entente puisque - il faut bien

comprendre ce qui se passe et ce qui va se passer - si l'agrément demeure comme mécanisme pour la planification des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire du Québec, la réussite du principe ou de l'application de l'agrément est liée au résultat des ententes négociées avec les fédérations médicales ou, à défaut, du décret du gouvernement. Nous pensons que de passer à ce système de négociation est une modification radicale par rapport au principe annoncé. Nous sommes un peu sceptiques quant au résultat de la négociation si on regarde la dernière du mois de juillet quant au propre projet de loi ici. Tout dépend donc de quels seront les éléments de l'incitatif ou du coercitif qui seront contenus dans cette entente. Encore là, donc, ce troisième élément est reporté à plus tard dans la négociation avec les fédérations.

La participation au mécanisme, aux éléments de la structure du système de santé et de services sociaux, nous avons nous-mêmes mis de l'avant qu'il était impensable donc de penser à une réforme, à une organisation du système sans la participation de ces professionnels. Le ministre se rend à la raison et, cependant, applique, je dirais, une médecine à ces participants au régime de la santé et des services sociaux qui semble très différente pour d'autres catégories. Si on permet maintenant, et c'est fort heureux quant à nous, aux représentants des corps médicaux d'être présents dans l'ensemble du circuit, parce que ce sont des actifs importants pour le système, est-ce que le même raisonnement va s'appliquer pour les autres employés, professionnels et autres du réseau de la santé et des services sociaux, en particulier au niveau de la régie régionale? Est-ce que de capter un des postes cooptés au niveau de la régie régionale pour la participation des médecins au système à travers le président de la commission médicale régionale, est-ce que le raisonnement va aller jusqu'à terme et qu'il va s'appliquer également pour les autres personnels du réseau?

Quant au conseil médical national ou au Conseil médical du Québec, le mandat et les responsabilités, s'il y a eu des discussions, restent à définir avec les partenaires dans un futur projet de loi qui serait éventuellement, j'imagine, déposé à l'Assemblée nationale et, encore là, donc, le report d'un certain nombre de choses qui vont demeurer de l'inconnu dans le système sur lequel nous sommes appelés à nous prononcer ou que nous sommes appelés à étudier ce matin.

Quant à l'unicéphalée" ou "bicéphalée" du système, nous pouvons dire ce matin qu'il y a un certain retour à la case départ. Tous ces principes incontournables, tous ces éléments qui avaient été décrits comme étant absolument fondamentaux dans le système, nous revenons à la case départ. Une des questions, nous ne pouvons pas y répondre ce matin, nous verrons au fur et à mesure de l'étude article par article

si les établissements ont gagné en autonomie, ont gagné en responsabilités, ont gagné en auto-responsabilisation, compte tenu des rôles qui seront maintenant dévolus au CMDP et à la façon dont les plans d'effectifs médicaux seront dorénavant eux aussi négociés au niveau de chaque établissement. Notre peur jusqu'à maintenant, nous allons demander à être rassurés de façon très claire là-dessus, est qu'il y aura une perte d'autonomie au niveau des établissements.

Quant au résultat global pour la partie médicale, le ministre dit: Chacun a mis de l'eau dans son vin. Il faut se poser la question donc ce matin par rapport à cet aspect-là, si ça goûte encore le vin et si ça ressemble encore à un vin d'une bonne cuvée et si nous n'allons pas nous réveiller avec un système qui sera finalement un immense collage, un immense brassage de cartes, un immense jeu de dominos où on insiste, où le principal est d'abord d'avoir un collage. Quel est le principe directeur, quels sont les principes fondamentaux qui nous avaient été annoncés qui demeurent dans ce projet de loi?

D'autres modifications nous sont annoncées ce matin, qui vont toucher profondément les principes incontournables qui avaient été annoncés comme incontournables et dont le ministre a bien dû se rendre compte, et en cours de juin et en cours d'été, qu'ils étaient à toutes fins utiles inapplicables. Nous sommes, par ailleurs, un peu, beaucoup, très surpris que toute la question du ticket orienteur, que nous prétendons toujours être un ticket modérateur à terme, n'ait pas fait l'objet d'intenses négociations, d'intenses échanges avec le corps médical.

Nous nous étonnons de cet aspect puisque les premiers qui nous ont bien démontré de façon assez éloquente l'inapplicabilité de ce principe, l'inapplicabilité de ce ticket, en plus, bien sûr, de l'élément le plus fondamental qui consiste à faire une brèche au niveau de l'accessibilité, au niveau de la gratuité et de l'universalité du système, nous sommes un peu surpris, ce matin, que tout cela n'ait pas fait l'objet, dans les échanges, de conclusions formelles. Nous disons ce matin au ministre, à la reprise de cette commission parlementaire, que tout cela demeure un élément majeur, fondamental pour l'Opposition et, si on peut employer ce terme-là, nous n'avons pas changé d'idée sur un ensemble d'éléments que nous préconisons dans ce projet de réforme et ça, ça demeure pour nous un principe incontournable sur lequel le ministre devra également faire son nid. Avons-nous moins de qualités que les médecins n'en ont pour négocier avec le ministre? Peut-être. Tout cela demeure donc incontournable, la question du ticket orienteur, la question du ticket modérateur, et nous devons, au cours des travaux de cette commission, être capables d'expliquer non seulement l'applicabilité, la faisabilité, mais également ce en quoi ce ticket améliore de façon sensible l'utilisation des services médicaux, en

particulier, encore une fois, dans les régions du Québec.

Et, finalement, nous dirons: Nous avons demandé au ministre, en juin - nous avons été un peu surpris d'ailleurs de la réponse à cette époque - le coût de la régionalisation, le coût de la déconcentration puisque cela a été bien établi, ici, qu'il ne s'agissait pas de décentralisation, mais de déconcentration des services, que c'était une étape vers la décentralisation. La déconcentration, par rapport à ce qui existe actuellement au ministère de la Santé et des Services sociaux, par rapport à ce que l'on prévoit développer comme système dans l'ensemble des 17 régions sociosanitaires du Québec, 16 ou 17 régions sociosanitaires du Québec, nous avons demandé les projections en termes d'effectifs, la planification en termes d'ajout de coûts au système. Nous attendons la réponse avec non pas anxiété, mais nous attendons la réponse dès cette semaine puisque nous ne pouvons, nous ne pourrions nous prononcer clairement sur ces aspects, sans regarder l'implication financière de la responsabilité gouvernementale pour l'application de cette réforme.

Certaines informations ont filtré pendant cette merveilleuse période d'été...

M. Côté (Charlesbourg): Y compris hier soir.

M. Trudel: ...y compris hier soir, et nous aimerions bien pouvoir disposer, comme élément de travail ici à cette commission, de ce rapport de la firme Samson Béclair qui aurait été - j'ai toujours parlé au conditionnel - commandé cet été pour faire l'évaluation, l'impact au niveau financier, de l'application de la réforme telle qu'elle se présentait dans ces incontournables en début juillet, pour faire en sorte de voir si les énergies, les éléments qui sont impliqués dans cette réforme ou ces ajouts vont véritablement servir les citoyens. Est-ce que nous pouvons penser qu'à travers - et nous l'avons reconnu - les problèmes de financement de notre réseau ou de notre système de santé et de services sociaux et d'une certaine impasse budgétaire dans laquelle nous sommes situés, est-ce que les ajouts financiers, est-ce que la demande pour l'application de cette réforme de structure va faire en sorte que cette marge de manoeuvre ou toute possible petite marge de manoeuvre qui pourrait se dégager va être engloutie dans les contrôles, dans les approbations, dans la circulation des informations dans l'ensemble du système rebrassé éventuellement? Et est-ce que le citoyen, en particulier les citoyens des régions seront mieux servis ou auront accès à plus de services, compte tenu de ce qui va se passer? Le ministre avait, sauf erreur, promis de nous livrer cette étude, de nous livrer cette projection et les informations qui nous sont parvenues jusqu'à maintenant, je dois le dire, sont très inquiétantes quant au coût

du système.

En conclusion, M. le Président, sur ces quelques remarques préliminaires, nous allons continuer, à cette commission, à avoir la même attitude. Le ministre avait fait quelques commentaires en début mars en disant que la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi 120, ça pourrait prendre une quinzaine de jours. J'ai ça frais à la mémoire et surtout sur mon bureau encore. Nous avons vu qu'avec ce qui nous a été présenté nous avons eu besoin de 11 semaines de travail. Il nous reste encore autour de 150 articles à réviser, à analyser et pas les moindres. Nous allons continuer à prendre tout le temps qu'il faut pour analyser avec sérieux, bonifier, si c'est possible, ce qui a été présenté avec toute la marge qui nous est disponible, et celle qui ne nous l'est pas aussi, comme législateurs, membres de l'Opposition, et nous allons prendre donc, à partir des principes annoncés, toute la marge qui nous est disponible pour procéder à l'analyse.

La dernière question qui nous reste maintenant et à laquelle il est impossible de répondre à cette heure-ci, compte tenu de l'ensemble des modifications qui nous sont proposées, c'est: Y a-t-il urgence, péril en la demeure, pour convoquer l'Assemblée nationale les 27 et 28, tel qu'annoncé par le ministre aux débats de juin, pour procéder à l'adoption de ce projet de loi? L'Opposition, en poursuivant son travail de fond au sein de cette commission parlementaire, va d'abord évidemment, bien sûr, chercher à répondre à cette question à la lumière des informations et des échanges que nous aurons au cours des prochains jours et surtout d'un certain nombre de positions que le ministre pourra adopter sur des éléments que j'ai énumérés au cours de cette brève présentation.

Que reste-t-il du discours de Charlesbourg? Comme dit la chanson, peut-être une photo, triste photo de ma jeunesse. Que reste-t-il du discours de Charlesbourg? Bien peu sur les incontournables, d'autres éléments intéressants que nous avons partagés au cours de cette commission, mais nous allons continuer l'étude approfondie et nous serons en mesure de porter notre jugement définitif sur ces éléments au cours des prochaines heures et des prochains jours. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Gordon Atkinson

M. Atkinson: Merci, M. le Président. Je suis très content de voir qu'il y a eu du progrès avec les médecins. Je félicite le ministre ainsi que toutes les personnes impliquées. Comme le ministre la dit, il ne faut pas chercher de

gagnant ni de perdant parce que au fond c'est la population qui gagne ou qui perd. Par contre, j'ai quelques points qui me dérangent. Comme M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue le disait, nous parlons encore de ticket orienteur. C'est très important de l'établir exactement, est-ce 5 \$ ou 50 \$ ou 100 \$? Ce n'est pas dans le projet de loi 120. Dans le document d'orientation, c'est 5 \$.

Un autre point, M. le Président. Je suis très concerné par l'ombudsman. Je proposais, en décembre passé, l'introduction d'un ombudsman, sous la direction du ministre, du ministère.
(11 h 30)

En anglais: It is not possible to have the present system of complaint mechanism work. In my riding... J'ai un problème sérieux avec les plaintes des citoyens concernant les hôpitaux, les CLSC et tous les services. Ce n'est pas possible pour le citoyen de se plaindre concernant les docteurs, l'hôpital et les services sociaux.

We must address this because it is the most serious thing we have. At the moment, the hospitals look after this. There must be a personne indépendante du système, un ombudsman pour axer... la réforme axée sur le citoyen. The citizens are not... Ha, ha, ha! C'est de l'autre côté, M. Trudel, s'il vous plaît! Ha, ha, ha!

Une voix: C'est la nouvelle réforme peut-être! Ha, ha, ha!

M. Atkinson: C'est le citoyen... They do not have the opportunity to have a serious addressing of the complaints they may have towards the doctors and towards the system. M. Trudel a dit: Le vote pour prolonger la discussion. J'agréé C'est comment? 300 amendements, au total?

Une voix: 339.

M. Atkinson: We have not had enough time to study it. Félicitations au ministre pour les discussions avec les professions médicales et les docteurs. But we have got to have a greater opportunity for the members of this commission to study the documents. Je demande le consentement de cette commission pour la suspension de cette séance pour deux heures pour permettre à tous les membres de la commission d'étudier les nouvelles présentations, les nouveaux amendements. Ce n'est pas possible pour moi, ce n'est pas possible pour cette commission de répondre avec... with any sense of understanding. We are being pushed to a conclusion. And, on this, I agree with my colleague, M. Trudel, the deputy for Rouyn-Noranda-Témiscamingue, that we need more time. But that time does not necessarily have to be an extension of the sittings in the National Assembly. I believe that we could reach a greater understanding if we were allowed to have an opportunity for a suspension of this hearing for two hours. In order that we might

individually look at what the Minister has said. And what the Minister has said, of course, is very deep and has a vast implication upon the entire health and social services provided to the citizens.

A third of our budget, approximately 13 000 000 000 \$, is being collected by the Government and expended by the Government in our health and social services. Cette universalité du système médical et des services de santé et des services sociaux, c'est très important pour tous les citoyens. We must now study it in greater detail.

M. le Président, as you are well aware, I am one of those increasing number of people who are elderly and I have had the open-heart surgery. I wish to be put on record as saying that on my medicare card, my sunset card, la carte médicale, I wish to have it put on my medical card an access to my record because if I am found unconscious, dans le couloir, I want every doctor and every hospital to know the medication that I am taking, that that medication is essential for my survival. I do not see that in the document and I do believe that the Minister's original concepts are placing those records on the medical card, along with a photograph - une photo pour toutes les personnes, pour tous les citoyens, c'est très important - in order that we may not abuse the system. Because I do believe there is a great abuse of the system by people who do not have medical card, but are using their brother in law's medical card. And that is not acceptable. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce. Pour répondre à une de vos requêtes, qui serait de suspendre cette commission pour deux heures, j'ai le plaisir de vous dire que dans 20 minutes nous suspendrons jusqu'à 14 heures. Donc, vous aurez tout le temps voulu pour faire l'étude, tel que vous le demandiez. Je crois aussi que pendant les 11 semaines de commission, on m'a reconnu une certaine flexibilité d'administration de cette commission et j'entends bien être du même ordre pour la semaine qui se déroule. C'est pourquoi je pense que, pour le bénéfice de tout le monde, il serait peut-être opportun d'avoir un écho de M. le ministre sur à peu près tout ce qui s'est dit de façon à bien canter cette commission et cette semaine. Alors, avec la permission des membres de cette commission, je reconnais M. le ministre.

M. Trudel: ...cinq minutes pour l'économie générale du règlement.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Normalement, je donnais 20 minutes pour les remarques préliminaires... C'est-à-dire que nous avons largement

débordé.

M. Trudel: Ah! Je pensais que c'était... Ah bon!

Le Président (M. Joly): M. le ministre, c'est à vous.

M. Marc-Yvan Côté (réplique)

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président, de maintenir cette tradition et elle se fera de la même manière qu'elle s'est faite au cours des 11 dernières semaines et des huit semaines qu'a duré la commission parlementaire pour entendre les individus, à l'époque, qui, parfois, nous ont donné des points de vue totalement divergents...

Je dois vous avouer franchement que je ne m'attendais pas à un discours autre que celui que j'ai entendu. Le Parlement étant le Parlement, il y a le gouvernement et l'Opposition. Donc, évidemment, je savais et je n'ai jamais caché, M. le Président, qu'il y avait eu une contribution importante de l'Opposition au cheminement de nos travaux, je le répète et je ne changerai pas d'idée parce que j'ai entendu ce matin des propos qui sont un peu plus vindicatifs que ce que j'ai eu l'habitude d'entendre au cours des semaines précédentes.

Dans tout ce que j'ai entendu ce matin, il y a un élément majeur, il n'y en a pas d'autres. A moins qu'on veuille créer une distorsion très importante quant à la réalité qu'on voudrait bien projeter pour tenter de donner une certaine tendance à ce qui est arrivé, il y a un élément très important qui est majeur, c'est celui du budget de la Régie de l'assurance-maladie régionalisé et fermé. Dans le reste, M. le Président, il n'y a pas de quoi fouetter bien des chats. Nous tenterons, y compris dans le cas du budget de la Régie de l'assurance-maladie, donc régional et fermé, de donner toutes les réponses en cours de route et on pourra porter un jugement à la fin de l'exercice puisque ce n'est pas dans une heure, dans une demi-heure ou dans deux heures que l'on peut tirer les conclusions qui s'imposent. Il faut avoir une vision globale de l'ensemble des mesures qui se sont ajoutées par rapport au budget régional.

D'entrée de jeu, dans une présentation qui mérite une bonne note sur le style... Quant à la présentation, vous savez, quand on est à des jeux olympiques, parfois, quand on n'a pas grand-chose sur le fond, on tente d'impressionner sur la forme. J'aurais une tendance à donner presque 9,9 ou 10 sur le style, donc la forme, alors que, sur le fond, la note s'abaisse considérablement. Évidemment, c'est toujours plus facile d'impressionner la galerie en attaquant des choses comme incontournables. Dans ce sens-là, je pense qu'il y a une note très élevée qui doit être donnée ce matin et qui est digne d'un

recteur.

M. Trudel: C'était à peu près la même que je vous donnais à Charlesbourg.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Non! C'est-à-dire que ce que je me rappelle, à Charlesbourg...

M. Trudel: Et le raisonnement à l'avenant.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Ce que je me rappelle de Charlesbourg, c'est que, sur le style, c'était 10 et, sur le fond, il y a juste le politique qui avait empêché de donner une note parfaite.

M. Trudel: Le vrai score, c'est ce matin.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Écoutez, la plus belle preuve de cela, c'est qu'aujourd'hui vous dites: Voici, c'était tellement extraordinaire à Charlesbourg, à la fois sur la forme et sur le fond, il y avait tellement de choses incontournables qu'on en est aujourd'hui à soustraire des points sur le fond. Donc, évidemment, ce que j'avais compris, c'est que c'était ça davantage que vous aviez à l'esprit. Mais, évidemment, ça fait le jeu des politiciens. Et je le mets dans le sens le plus pur du terme, parce que c'est à ça qu'on s'est convié au cours des derniers mois et des dernières semaines, sur le plan de l'exercice qu'on a eu en commission parlementaire, parlant des semaines de mai et de juin. Il ne faut pas jouer avec les mots. Je ne tenterai pas de le faire. Si je le fais, rappelez-moi à l'ordre. Et, si c'est vrai, je vous le dirai avec le plus d'objectivité possible, ce qu'un politicien est capable de faire à l'occasion, et je sais que vous êtes capable de le faire.

La réforme. Il y a effectivement des choses incontournables qui, à la fin de la négociation avec le corps médical, demeurent toujours incontournables. C'est l'objectif. Et personne ne va faire la démonstration, aujourd'hui, à la conclusion, à la fin de la commission, que ce qui était incontournable au niveau des effectifs médicaux, dans les régions du Québec, ça a été contourné. L'incontournable, sur l'objectif, demeure incontournable. Il y a cependant des moyens d'y arriver et ces moyens ont fait l'objet d'échanges avec le corps médical. Effectivement, on se retrouve dans une situation où des moyens ont changé. Qu'est-ce qu'on aurait fait si on n'avait pas changé certains moyens, au cours de la négociation? On n'aurait rien fait. Donc, on aurait dit: C'est ça et c'est fini. À partir du moment où tout le monde sollicitait qu'il y ait un rapprochement entre le corps médical... Vous mêmes, vous le disiez, il ne peut pas y avoir de réforme si les médecins ne sont pas dans la réforme. Il y a donc, à ce moment-là, à partir

du moment où on s'assoit à une table, un certain nombre de choses à travers desquelles on peut passer, d'autres pas. C'est donc l'art du possible.

Très humblement, une question que vous avez posée: Est-ce que le niveau de la barre qui a été mis au début de la réforme était trop élevé par rapport à ce qu'on pouvait livrer? Je conclus, c'est ma conclusion à moi, je ne vous oblige pas à la partager, que, probablement, le niveau de la barre était trop élevé par rapport à ce à quoi on devait aboutir ultimement. J'ai toujours compris dans la vie que ce qui était très stimulant, y compris dans le sport professionnel, c'est toujours de mettre le niveau de la barre le plus élevé. Vous réussissez à faire des performances qui sont au-delà de ce que vous aviez pu imaginer au départ, malgré le fait qu'il puisse y avoir à l'occasion certains éléments que vous ne pouvez pas atteindre, et ça, je pense que ça fait partie de la règle.

Donc, ma conviction profonde... Et c'est ce que je suis en train de faire comme démonstration, vous n'êtes pas obligé ce matin de le partager. C'est ce que je tenterai de faire pendant la semaine que nous avons pour l'étude article par article, faire la démonstration que, effectivement, ce que nous avons conclu est plus profitable que ce que nous avions au départ et que nous avons le corps médical avec nous pour cheminer dans l'objectif fondamental qui était celui d'avoir des médecins dans les régions du Québec. Je pense qu'il ne faut pas, à ce moment-ci, disproportionner l'importance réelle de la négociation et des effets de la négociation. Je n'ai pas tenté de le cacher. J'ai dit: L'enveloppe régionalisée de la Régie de l'assurance-maladie du Québec fermée, oui, c'était un moyen très fort que je souhaitais avoir. On ne l'a pas. C'est 2 000 000 000 \$. Il ne faut pas tenter de laisser croire au reste des intervenants et aux citoyens que le 10 000 000 000 \$ qu'il reste sur le 12 000 000 000 \$ est complètement oublié et qu'il n'est pas là. Il reste donc 10 000 000 000 \$ qui sera entre les mains des régies régionales; c'est une somme considérable sur le plan de la marge de manoeuvre en termes de régionalisation.

L'objectif que nous avons de 2 000 000 000 \$ était, bien sûr, de faire en sorte non pas que ce soit les régies régionales qui gèrent le budget régional de la Régie de l'assurance-maladie. On a toujours dit que c'était un budget géré centralement, d'abord par une enveloppe provinciale et 17 enveloppes sur le plan régional, mais gérées par la Régie de l'assurance automobile, donc visibles...

Une voix: L'assurance-maladie.

M. Côté (Charlesbourg): La Régie de l'assurance-maladie!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): C'est les réminiscences d'autres dossiers antérieurs à 1989.

Une voix: Votre vie antérieure.

M. Côté (Charlesbourg): Ma vie antérieure!
(11 h 45)

M. Trudel:...

M. Côté (Charlesbourg): Ah oui, oui, c'est ça, c'est ça! Ça, ça m'apparaît extrêmement important et on va, au cours de la semaine, tenter de faire un bon bout de chemin. Ça m'apparaît être un élément majeur soulevé par l'Opposition qui s'inquiète, comme d'autres d'ailleurs... Je considère légitime et normal que des gens s'inquiètent à ce moment-ci. Je vous invite à suivre les travaux pendant toute la semaine. On va tenter de donner le plus d'informations possible pour faire en sorte que ce soit très clair.

Ce qui, pour moi, est fondamental et capital, c'est que le corps médical, par l'entremise de ses fédérations, de la corporation professionnelle et des CMDP, a lancé un signal d'une volonté de collaboration à solutionner les problèmes après avoir fait le constat de problèmes réels au niveau des régions du Québec. Et ça, pour moi, c'est capital.

Évidemment, ce que j'entends, quand on dit "que reste-t-il?" on disait tantôt: répartition des effectifs médicaux, etc., tout est mis en négociation. Oui, il y a un certain nombre de modalités qui restent à être négociées avec un pouvoir ultime de décret, comme c'est le cas actuellement. C'est ce que tout le monde souhaitait, une négociation avec les médecins dans le but d'en arriver à une entente. Si la clause suspensive évoquée par l'Opposition veut dire autre chose, dites-moi ce qu'on aurait fait avec la clause suspensive. Pour moi, le message que vous m'aviez transmis, à moins que je l'aie mal décodé, c'était que la clause suspensive permettrait, pendant une certaine période, de négocier les modalités d'application pour atteindre les objectifs qu'on s'était fixés. C'est, d'après moi, le message très important que vous nous aviez livré et vous avez toujours été constant à l'effet qu'une réforme ne pouvait pas se faire sans médecins. La plus belle preuve, c'est qu'il y a des soins qui ne se dispensent pas dans les régions parce qu'il n'y a pas de médecins. Dans ce sens-là, je pense que ça m'apparaît très important de faire en sorte que les objectifs fondamentaux de la réforme, de Charlesbourg qui a été une étape, du projet de loi qui est une autre étape et de la mise en application du projet de loi qui sera une autre étape, que les incontournables sur les objectifs soient maintenus. Je suis convaincu que vous allez être présents pour nous rappeler à l'ordre si, dans l'adoption du projet de loi et des articles un par un, on devait éliminer ces idées.

D'ailleurs, vous l'avez fait à plusieurs

reprises. On se pose la question: Que reste-t-il de ce discours de Charlesbourg dans la réforme? L'essentiel, l'important. Pour moi, la démonstration la plus évidente est le fait que nous avons adopté plus ou moins 400 articles jusqu'à maintenant ensemble et pas beaucoup ont été adoptés contre la volonté de l'Opposition, un certain nombre, quelques-uns et qui, eux, doivent dire un certain nombre de choses. Il y a donc des choses très claires. 10 000 000 000 \$ sur 12 000 000 000 \$, ça demeure, tel que c'était prévu dans la réforme, la responsabilité, sur le plan de la gestion, de la planification, des régions régionales. Le 2 000 000 000 \$ était une enveloppe centralisée, gérée centralement, mais identifiée sur le plan de l'information et gérée par enveloppe. Il reste donc, de manière très claire, 10 000 000 000 \$ des 12 000 000 000 \$ aux régions régionales. Si ça ne signifie pas un pouvoir certain de régionalisation et de prise de décision par le monde des régions en fonction de leurs besoins, ça ne signifie plus rien d'autre, ça ne donne rien de continuer.

Oui, effectivement, qu'on fasse des plans régionaux d'organisation de services dans différents programmes, si on n'a pas de médecins pour les appliquer dans certains, ça ne donne rien. Ça demeure un objectif fondamental et incontournable que les médecins se retrouvent dans les régions. On a analysé un certain nombre de moyens et je pense que les textes déposés sont clairs. Moi, je conviens parfaitement, d'ailleurs je l'avais dit quand on s'est quitté au mois de juin, que c'est l'Assemblée nationale qui doit décider du libellé ultime... Et ça a été très clair dès la première rencontre que j'ai eue avec les médecins sur le plan de la négociation, qu'on ne pouvait d'aucune manière présumer de la décision finale des parlementaires. Il y a bien sûr, à ce moment-ci, un engagement moral de la part du ministre en commission parlementaire à défendre l'entente, même si, sur certains aspects, il aurait préféré davantage, de la même manière au niveau des médecins, donc à défendre cette entente.

Donc, contournables, incontournables sur les objectifs, les objectifs, quant à moi, demeurent clairs et nous allons continuer de faire en sorte qu'ils le soient pour que l'essentiel des objectifs de la réforme demeure le citoyen au centre du système, et ça, pour moi, c'est fondamental. Qu'il puisse y avoir modulation, variation dans les moyens, opinions différentes, ça me paraît des éléments tout à fait normaux qu'il faut continuer de faire.

Toute une série d'autres points qui ont été soulevés prêtent à interprétation ou, à tout le moins, méritent d'être questionnés. "Bicéphalée", ça ne fait pas quatre ans. La première fois que c'est apparu, "bicéphalée", c'est dans le document du mois de décembre 1990. Et, à la lumière des échanges que nous avons eus en mai et en juin, il a toujours été clair dans notre esprit qu'il

n'était pas question d'assujettir les médecins dans la pratique médicale au directeur général. Peut-être n'avions-nous pas été assez clairs à l'époque, mais c'était ça l'esprit qui était partagé alors que, sur le plan administratif, il fallait que ça demeure. Et je vous avouerai très franchement que ça a été l'objet de négociations très ardues et très difficiles en cours de route et que, dans ce sens-là, bien sûr, nous en arrivons à une situation où, sur le plan administratif, les avis, comme c'est dit dans les textes, seront dirigés vers le directeur général sur le plan administratif, et j'ai fait la nomenclature des éléments qui nous concernaient.

Je n'ai pas voulu mettre le focus ce matin sur un certain nombre d'autres points qui avaient été soulevés parce que l'objet principal du report de la commission avait été, bien sûr, les échanges et les négociations avec le corps médical, sachant qu'il y avait le troisième niveau qu'il fallait régler et qu'il y avait aussi des questions qui avaient été laissées en suspens au niveau du coût de la régionalisation dont les questions avaient été posées à l'époque et on resituera ça, ces études dont vous avez fait état hier soir, dans leur véritable perspective au moment où on en discutera et ça fera l'objet de nos discussions, bien sûr.

Quant à l'ensemble des autres points, on pourra faire toute une série de choses fort intéressantes en cours de route, de la même manière qu'on l'a fait progresser, ayant toujours à l'esprit le citoyen qui, au mois de juin, pour s'en rappeler, a signifié un certain nombre de messages aux parlementaires aussi. Ceux qui allaient dans les cabinets privés, ceux qui étaient soignés dans les centres hospitaliers, ceux qui allaient voir des médecins un peu partout, avaient un message et un point de vue de la réforme fort différent de ce que devait être la réforme. Mais ils nous ont envoyé un message, un bon message. Le citoyen ordinaire qui n'avait pas affaire aux médecins disait: Mettez-les au pas, réglez le dossier. Le citoyen plus vulnérable qui, lui, avait besoin de services médicaux, nous envoyait le message: C'est quand même pas toi, le ministre, qui va pouvoir me soigner; c'est lui qui va continuer de me soigner. Et il est important, et ç'a été un message aussi très important quand on parle du citoyen au centre du système, un message qu'on a reçu et qu'il fallait recevoir et faire un certain nombre de réajustements à ce niveau-là globalement et on fera la démarche heure par heure parce que, évidemment, on n'en est pas à l'économie d'une heure ou deux, compte tenu du nombre d'heures qu'on a mis là-dedans, pour en arriver à l'aboutissement d'un processus qui est entamé depuis 1985. Et on pourra dire, à la conclusion de cet exercice, quoi qu'on en dise, quoi qu'on en pense, eh! que Rochon avait donc raison et que, pendant toute cette période, la manifestation s'est faite et est venue renforcer l'opinion de Rochon, d'un

système qui était passablement... Comment?

Une voix: Tricoté serré...

M. Trudel: Et en otage des groupes d'intérêt.

M. Côté (Charlesbourg): ...tricoté très serré et avec la possibilité pour les hommes politiques, qui ont à décider et à administrer, de faire l'impossible pour le détricoter. Est-ce qu'on aura une situation idéale? Non. Je n'ai pas peur de le dire. On aura franchi une étape majeure pour redonner au citoyen le système de santé et de services sociaux. Il y a quelques morceaux qui vont manquer? Ce sont des moyens pour atteindre les objectifs. Quant aux objectifs, ils demeurent là, et j'ose espérer, dans la mesure où vous pensez le contraire, que vous pourrez nous faire cette démonstration.

En conclusion, quant au nombre d'amendements apportés, n'est-ce pas là une démonstration très évidente de la volonté d'en arriver à un projet de loi qui reflète les points de vue des uns et des autres? Et vous vous rappellerez sans doute qu'il y a des points de vue que vous ne partagez pas dans la réforme et vous avez proposé des amendements en commission parlementaire pour tenter de les modifier. Nous les avons acceptés de bonne foi dans le but ultime d'en arriver à un projet de loi 120 qui colle le plus possible à la volonté que nous avons de modifier notre système et de le redonner aux citoyens, et on va continuer dans ce sens-là.

309 amendements jusqu'à aujourd'hui, oui, 309. Et si ça en prend encore 150, ça en prendra encore 150. Évidemment, sur le plan du calcul, il faut quand même faire attention pour ne pas laisser circuler toute une série de choses. Quand on parle de 309 et 120 ce matin, il faudrait vous rappeler que parmi les 309 les 75 des médecins étaient suspendus et que parmi les 120 ce matin ce sont les mêmes articles qui reviennent, amendés, et, de toute façon, 349, quelque 500, pour moi ça n'a pas d'importance. L'importance c'est le résultat final pour qu'il aille directement vers le citoyen. C'est ce qu'on va tenter de faire. Je suis convaincu qu'on aura une semaine très productive au profit de notre citoyen...

M. Trudel: Qui est réapparu.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Alors, juste à titre d'information générale pour les gens intéressés à suivre l'évolution et les travaux de cette commission, cette commission siégera à tous les jours de 10 heures à 12 heures, de 14 heures à 18 heures et de 20 heures à 22 heures. Maintenant, compte tenu de l'heure, nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 14 heures dans cette même salle. Merci.

(Suspension de la séance à 11 h 58)

(Reprise à 14 h 25)

Le Président (M. Joly): Bonjour. La commission reprend ses travaux. M. le ministre, vous avez ouvert une parenthèse sur les amendements.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, M. le Président. Je vous ai donné une copie de tous les amendements, de tout ce qu'on a actuellement parce qu'il y en a quelques-uns qui viendront dans les jours qui suivent, mais vous en avez donc une copie. Je voudrais que vous preniez acte que c'est un dépôt et qu'ils seraient donc accessibles à tous ceux et celles qui désirent en obtenir copie pour être capables de les analyser amendement par amendement.

Le Président (M. Joly): Merci beaucoup, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): En vous disant que, évidemment, c'est un travail de titan qui a été accompli au cours de la fin de semaine et il se pourrait bien que, sur le plan légal, le Comité de législation puisse apporter quelques modifications dans l'analyse qu'il fait actuellement et on avisera en conséquence, mais c'est la démonstration de la bonne foi que tout le monde soit informé de ce qu'on fait.

Le Président (M. Joly): C'est déjà un grand pas très apprécié. Alors, j'accepte le dépôt et nous reproduirons en conséquence. J'aimerais, M. le ministre, que vous me situiez un peu les règles que vous avez l'intention, disons, d'établir.

Organisation des travaux

M. Côté (Charlesbourg): Oui. M. le Président, pour la bonne marche de nos travaux, ce que nous allons aborder dans les prochaines minutes, c'est d'abord les articles concernant la confidentialité et, par la suite, tout le bloc concernant les médecins. Donc, on devrait en avoir au moins jusqu'à 18 heures. Dans la soirée, on pourrait aborder le troisième item, la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie, pour laisser ultérieurement, demain... C'est contournable, ça. On va le dire tout de suite.

M. Trudel: C'est compliqué, ça. Merci.

M. Côté (Charlesbourg): ...de façon à ce qu'on puisse, ultérieurement aux rencontres que nous aurons demain midi avec les infirmiers et infirmières auxiliaires, aborder le bloc des infirmières, du comité multi, des plaintes, des D.G., anglophones, missions, et terminer sur les pouvoirs réglementaires ou des choses du genre. Donc, c'est un peu l'orientation que ça prendrait au cours des prochains jours, mais d'abord déjà se dire que la confidentialité et les médecins

sont à l'ordre du jour d'aujourd'hui... Ah! Comme c'est contournable, aujourd'hui et demain.

M. Trudel: C'est basé sur 55?

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Trudel: Sur les missions, les dures?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, c'est sûr. Missions, article 55. Oui, on va y revenir ultérieurement. Comme il n'est pas adopté, il faudra finir par l'adopter. Donc, M. le Président, les prochains articles à être appelés sont...

Une voix: Article 17.

M. Côté (Charlesbourg): ...les articles 19 - je vais vous les donner dans l'ordre, si vous voulez suivre - 202, 266, 292, 303 et 340.1. Il y aura aussi des articles qui visent la confidentialité au niveau des chefs de département et au niveau du CMDP, mais on les abordera lorsqu'on arrivera à ces articles-là. Donc, l'article 19, vous aurez compris que c'est un article qui a déjà été adopté. Non? Vous êtes sûr de ça, M. le Président? Peut-être que vous êtes mieux informé que moi. D'ailleurs, sur les articles...

Étude détaillée (suite)

Articles en suspens

Le Président (M. Joly): Nous ouvrons à nouveau l'article 19. Donc, j'appelle l'article 19.

Confidentialité des dossiers médicaux

M. Côté (Charlesbourg): Remplacer l'article 19 par le suivant:

"Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec l'autorisation de l'usager ou de la personne pouvant donner une autorisation en son nom, sur l'ordre d'un tribunal ou dans le cas où la présente loi prévoit que la communication de renseignements contenus dans le dossier peut être requise d'un établissement.

"Toutefois, un professionnel peut prendre connaissance d'un tel dossier à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, avec l'autorisation du directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, avec l'autorisation du directeur général, accordée conformément aux critères établis à l'article 125 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels."

M. Charlebois va vous donner... Vous en avez des copies?

Le Président (M. Joly): Oui, on a déjà ça, M. le ministre.

M. Charlebois (Maurice): Le changement par rapport à ce qui est apporté, c'est à la fin du premier alinéa où on a changé la fin de la phrase qui **disait**: "sur l'ordre d'un tribunal ou dans le cas où la présente loi **prévoit** que l'accès à certains renseignements contenus dans le dossier est nécessaire à son application." Cette formulation - les échanges qu'on a eus avec les médecins - laissait entendre que l'accès au dossier pouvait être possible, tel que la loi le prévoyait, alors qu'en réalité, ce que nous visions et ce qui est visé ailleurs dans la loi, c'est que certains renseignements sont transmis par un établissement. Cette formulation pouvait laisser entendre qu'un tiers qui n'est pas de l'établissement a accès au dossier. Alors, on a resserré ou clarifié le texte pour **dire**: "ou dans le cas où la présente loi - donc, c'est la même idée - prévoit que la communication de renseignements contenus dans le dossier peut être requise d'un établissement." Alors, c'est une reformulation qui établit très clairement que le dossier de l'utilisateur est confidentiel, qu'il est gardé par l'établissement, que nul ne peut y avoir accès autre que les personnes autorisées par l'établissement et que, si des renseignements doivent être transmis, ils le sont par l'établissement. C'étaient l'esprit et l'intention derrière la première formulation. Les échanges que nous avons eus avec les médecins nous ont amenés à croire qu'il était utile de clarifier le texte tel qu'il est proposé aujourd'hui pour qu'il n'y ait vraiment pas d'équivoque et aucun doute à l'effet que le dossier est gardé par l'établissement et qu'aucun tiers ne peut se pointer pour aller dans le dossier.

M. Trudel: Plus la modification que c'est maintenant... La personne qui autorise pour des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, c'est le DSP...

M. Charlebois: C'est ça.

M. Trudel: ...et non plus le directeur général.

M. Charlebois: Il n'y avait pas de DSP dans le projet tel qu'on l'a laissé en juin. Alors, nous proposerons plus tard l'introduction d'un DSP. À cet égard, c'est la situation que nous connaissons aujourd'hui dans la loi, c'est-à-dire que l'accès au dossier se fait via le DSP ou, en son absence, le directeur général. C'est une reproduction du statu quo, de la loi actuelle.

M. Trudel: Parce qu'il nous faut - et ça va être comme ça dans les premiers moments - débiter un peu par rapport aux autres choses qui ont été négociées. La réinstauration du poste de DSP est nommément décrite pour des séries d'établissements. Quels sont les établissements ou les centres qui seraient dorénavant tenus, de par

la loi, de désigner un directeur ou une directrice des services professionnels?

Le Président (M. Joly): Pour fins d'enregistrement des galées, c'est M. Maurice Charlebois.

M. Charlebois: Ce sont les centres hospitaliers et tout établissement désigné centre de santé.

M. Côté (Charlesbourg): En concordance avec ce qu'on a déjà fait, pour apparenter les centres de santé à certains centres hospitaliers. Ce qu'on a fait en juin.

M. Trudel: O.K. Dans le cas des CPJ, ce serait le directeur général du CPJ qui serait la première référence, enfin, qui serait l'unique référence pour donner l'autorisation d'accès à ces dossiers, pour des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche.

M. Côté (Charlesbourg): Dans la mesure où l'établissement lui-même n'aurait pas décidé de se doter d'une ressource DSP. On se comprend bien là-dessus?

M. Trudel: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Dans la mesure où il y a un DSP, c'est le DSP; dans la mesure où l'établissement n'a pas décidé de nommer un DSP, à ce moment-là, c'est le directeur général.

M. Trudel: Encore une fois, du débordement un peu: Quel est le raisonnement qui a amené la conclusion de dire: Nous allons réinstaurer dans la loi la direction des services professionnels, lorsqu'il s'agit d'établissements hospitaliers ou centres de santé? Et ce raisonnement-là ne prévoit pas pour les autres catégories de centres du système, peut-être pas toutes les catégories de centres, mais ce n'est pas prévu pour d'autres centres qui dispensent forcément des services de nature professionnelle. Le raisonnement ne vaut pas non plus pour les autres centres au niveau de la formalité de désigner un DSP formellement par la loi.

Le Président (M. Joly): Alors, compte tenu du fait que la ventilation ne fonctionne pas à plein, je peux permettre aux parlementaires de se mettre un peu plus à l'aise. Alors, soyez bien à l'aise. Ceux que ça peut favoriser, ça me fait plaisir.

M. Charlebois: Comme vous le savez, il y a un thème de discussion avec les médecins qui a été assez important et qui s'appelle toute l'organisation clinique et l'organisation interne des établissements. Au cours des échanges, nous avons discuté assez longuement sur les problèmes

qui existent dans les établissements, au niveau de la gestion des soins, de la gestion des ressources, etc. On l'a évoqué ce matin, il y a eu une approche qui était celle de savoir si on instaurait une unité de direction, à savoir que le CMDP relèverait du D.G. - et même, à l'origine, il n'y avait aucune structure de prévue dans le projet de loi - ou si on maintenait les structures actuelles.

M. Trudel: Je suis, je suis.

M. Charlebois: Vous suivez? Alors, pourquoi on a réintroduit le DSP? C'est que les échanges avec les médecins ont porté sur des problèmes, l'identification d'un certain nombre de problèmes et l'identification d'un certain nombre de solutions. Parmi les solutions que nous avons identifiées pour régler les problèmes au niveau des règles d'utilisation des ressources, des règles d'utilisation des soins, de la gestion de la garde, etc., on en est arrivé à mieux clarifier le rôle du chef de département et ses responsabilités à l'endroit de la structure hiérarchique et ses responsabilités à l'endroit de la structure professionnelle. Alors, c'est un peu par voie de conséquence, ses responsabilités par rapport à la structure hiérarchique, ça s'adresse finalement au directeur des services professionnels. Il fallait réintroduire le directeur des services professionnels.

Contrairement à ce qu'il y avait, à la fin de juin, comme proposition d'amendement avancée au niveau de l'organisation clinique, nous avons été amenés à réintroduire dans les centres hospitaliers la départementalisation et l'organisation clinique comme telle. Alors, dès l'instant où nous réintroduisons ça, le directeur des services professionnels devient une fonction qui est nécessaire; ça l'est par voie de conséquence.

Alors, au fond, le choix que nous avons fait, ça été de réintroduire les structures et de clarifier les rôles des chefs, les relations avec le CMDP et les relations avec le DSP, et clarifier le rôle du DSP. Donc, il fallait que les départements reviennent, que les chefs reviennent avec le DSP.

M. Trudel: Évidemment, la réflexion que je peux faire tout de suite, c'est la discussion, l'échange avec le corps médical, avec les représentants. Vos explications m'ont amené à dire qu'il faut le réinstaller, ce poste de directeur ou directrice des services professionnels, conséquemment aux responsabilités et aux définitions de responsabilités dans le centre ou dans l'établissement. Il fallait absolument rétablir cela.

La question qui reste - c'est une observation, ce n'est pas une question à laquelle il y a une réponse - c'est que, si on lui fait la même chose avec les autres regroupements d'établissements, peut-être en serions-nous arrivés à la même conclusion, parce que la philosophie

générale du projet de loi, je ne cite pas de mémoire, je ne fais que rappeler en disant... Le ministre avait dit: Nous allons alléger la réglementation et la législation de façon à ce que la solution applicable à l'Institut de cardiologie ne soit pas la même chose forcément au centre hospitalier régional de Rimouski, au centre hospitalier Rouyn-Noranda et au centre de santé Sainte-Famille, à Ville-Marie.

Dans le cas des établissements de santé, on réinstalle ça suite à la discussion, aux échanges sur l'impossibilité, et ça, c'est une question qui nous revient un peu partout sur les modifications qui ont été apportées. Des éléments avaient été avancés dans le projet de réforme comme étant, je dirais - je sais que c'est en exagérant un petit peu - le nec plus ultra de la solution au niveau de la réforme. Après échanges intenses avec des gens concernés directement, on se rend compte soit de l'inapplicabilité, soit de l'in-faisabilité de la solution. Une question qui reste et pour les partenaires du réseau et pour les intervenants et pour beaucoup de citoyens et pour l'Opposition, c'est: Y a-t-il d'autres morceaux dans ce projet de réforme là qui nous ont été présentés comme ayant fait l'objet d'échanges, de consultations et qui, à toutes fins utiles, s'avéreront, au cours des années, inapplicables, peut-être parce que, si nous nous étions privés de l'échange avec le corps médical pendant cette période - ça n'a pas été déclenché automatiquement, cette rencontre ou ces échanges-là - eh bien, les autres groupes ont peut-être des éléments sur lesquels ils n'ont pas eu le temps de faire la démonstration de l'inefficacité, de l'inutilité ou de l'applicabilité de ces éléments-là? Je dis: Le raisonnement qui vaut, que vous m'expliquiez, suite aux échanges avec le corps médical, n'avez-vous pas l'impression qu'il devrait se faire aussi avec d'autres types d'établissements? Et là je pense en particulier au CPJ, vous allez me dire: Rien ne les empêche de... Mais c'était ça aussi, dans le cas des centres hospitaliers.

M. Charlebois: Je pense qu'il y a des précisions à apporter. Au niveau de l'organisation clinique, dans la loi actuelle, pour les centres hospitaliers, c'est relativement élaboré; pour les centres d'accueil et pour les CLSC, ça repose sur un règlement et, dans le cas des centres d'accueil et des CLSC, ça sera maintenu également. C'est-à-dire qu'au niveau de l'organisation clinique pour les services médicaux, pour l'ensemble du réseau, nous reconduisons, à toutes fins utiles, les structures qui sont existantes aujourd'hui, sauf qu'il y a, encore une fois, des précisions qui sont apportées sur les rôles autant du directeur des services professionnels, du chef que du CMDP. Ça, ce sont les précisions qui ont été apportées en vue d'améliorer, on le pense, la gestion des soins et la gestion des ressources.

Les autres catégories d'établissements, dans

les autres domaines, c'est-à-dire plus dans le domaine des services sociaux, dans le domaine des services communautaires, au moment où on se parle, la départementalisation, si on veut, n'est pas aussi élaborée par voie de règlement. Ça repose beaucoup plus sur les plans d'organisation qui ont été élaborés par chacun des établissements et, en ce sens-là, on ne change pas la réalité.

Est-ce que la solution qui était avancée dans le projet de loi s'est avérée inapplicable? Je ne pense pas qu'on puisse dire ça. Ce n'est pas parce que c'est inapplicable que ça n'a pas été introduit. C'est beaucoup plus les échanges qui ont eu lieu, d'ailleurs, au printemps avec les médecins et, également, avec le réseau qui nous amenaient à dire, à l'époque, que, si un établissement introduit des départements, ce sera ceux qu'on connaît aujourd'hui. C'est beaucoup plus, au fond, en ayant constaté que nous pouvions apporter des améliorations et des corrections à ce que nous connaissons aujourd'hui, au niveau de l'organisation clinique, et que ces corrections pouvaient être satisfaisantes et nous permettre d'atteindre les objectifs que nous visions.

Je ne pense pas qu'on puisse conclure que c'était inapplicable et que ce soit pour cette raison-là qu'on est revenu avec ce qui existait. C'est que les échanges nous ont montré que nous étions capables de bonifier l'organisation que nous connaissons aujourd'hui et que nous pouvions améliorer la situation.

(14 h 45)

M. Trudel: Je ne veux pas faire une discussion sans fin avec cela, mais les échanges, prenez-les du bout que vous voulez, sur l'applicable ou l'inapplicable, c'était disparu de la loi pour un certain nombre de motivations qui s'apelaient l'oxygène, la responsabilité et l'originalité de chacun des établissements. On se rend compte, en examinant minutieusement avec les intervenants directement concernés, que, ou! compte tenu de ce qui existe, compte tenu des responsabilités, il faut réintroduire un poste de directeur des services professionnels. Je le dis, dans les autres catégories d'établissements, cette discussion, à sa face même, en prenant ça comme exemple et non pas comme la grande question unique, centrale et uniquement essentielle, mais, à partir de cet exemple-là, d'autres échanges à partir des modifications que nous avions apportées en cours de printemps avec les autres associations concernées, avec les principaux concernés, nous eussent peut-être amenés au même raisonnement dans ce cas et dans bien d'autres cas.

Ce que je veux faire ressortir, c'est que nous avons souhaité un dialogue avec le personnel médical, ça s'est effectué de façon non exclusive, de façon telle qu'aujourd'hui ce n'est pas inconnu du ministre, cette réaction-là. Beaucoup d'intervenants dans le réseau affirment qu'il y a eu échanges et c'est bénéfique qu'il y

en ait eu pour compter sur la présence active de ses acteurs, mais que, quant à eux, ils avaient dû, en termes de compromis, pour en arriver aux finalités du projet, sacrifier un certain nombre de dimensions. Ils s'aperçoivent aujourd'hui qu'ils ont peut-être fait des sacrifices qui étaient peut-être un peu démesurés par rapport à ce qu'il y a eu comme échanges avec d'autres groupes. Dans ce sens-là, je veux juste mentionner que si la solution n'était pas l'idéal dans la structure - je ne parlerai plus du mot "applicable" - par rapport aux échanges qu'il y a eus, peut-être également que, dans d'autres types d'établissements, on va demeurer avec une grande question sur l'idéal quant à la liberté de faire ou de ne pas faire. Est-ce que c'est vraiment ça qu'il faut souhaiter en partageant en deux le raisonnement du départ, en disant: Pour certaines catégories, ça vaut toujours; pour certaines autres catégories, ça ne vaut plus comme raisonnement?

M. Côté (Charlesbourg): Je me permettrais très brièvement là-dessus. Je pense que vous avez employé de bonnes expressions et je demeure personnellement convaincu que la proposition initiale d'oxygène était la bonne. L'avenir nous le dira, mais, pour certains, elle n'était pas acceptable. Le principe même de l'oxygène, c'est de brasser un certain nombre de choses et laisser de la place à l'initiative. C'était bon pour tout le monde.

Il y en a qui ont décidé que ce n'était pas bon pour eux autres. Probablement de nature plus conservatrice, ce n'était pas bon pour eux. Ça demeure une excellente opportunité pour d'autres aussi que cet oxygène et que cette souplesse au niveau de ces règles. Je demeure convaincu, moi, qu'il y a beaucoup à tirer de cet oxygène et je pense que c'est ce que les gens vont faire, au bout de la ligne. Finalement, on verra, au bout de la ligne, ce que ça donne. Je ne pense pas - peu importe qui sera là éventuellement - que, dans l'application, s'il y a des réajustements à faire, ils se feront. Je pense qu'il ne faut pas être fermé à ce point-là.

M. Trudel: Comme comparaison parce que... Bon. Reprenons ça un petit peu dans la dynamique. Cet article 19, nous l'avions déjà modifié substantiellement pour y ajouter...

M. Côté (Charlesbourg): Par rapport à l'origine.

M. Trudel: Par rapport à l'origine, on avait ajouté une paire de bretelles de police là-dessus.

M. Côté (Charlesbourg): Ah, oul. Une autre bretelle.

M. Trudel: Et là il s'ajoute une autre bretelle. Mais par rapport au texte de la loi original, de la loi actuelle, l'article 7 de la loi

actuelle, est-ce qu'on a fait les comparaisons avec le texte de la loi actuelle où non seulement l'autorisation de l'usager est requise, dans le texte que nous avons devant nous, mais où également nul ne peut donner ou recevoir communication écrite ou verbale ou y avoir autrement accès, même aux fins d'une enquête?

M. Côté (Charlesbourg): Le texte... C'est un texte de 1971.

M. Trudel: Il n'était pas si mal.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, bien avant la loi sur l'accès à l'information...

M. Trudel: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...ce texte-là. Donc, le ministère avait des idées très avant-gardistes, même à l'époque.

M. Trudel: Ce qui me surprend un petit peu - le texte de 1971 semble encore, sous certaines dimensions, plus serré au niveau de l'attache que même le rappel qu'on nous a fait à nous deux, parce qu'on l'avait adopté, avec une ceinture et des bretelles - c'est qu'on ne soit pas allé jusqu'à réintroduire cette phrase-là au niveau de la réception de la communication. Il n'en a donc pas été question dans les discussions, si j'ai bien compris.

M. Côté (Charlesbourg): Non.

M. Charlebois: Non. Entre autres, à l'article 7 qui date de 1971, il y a des éléments qui sont introduits là qui ne sont plus utiles, étant donné, à ce qu'on me signale, qu'il y a... Entre autres, "aux fins d'une enquête", on l'a enlevé. Ce n'était pas utile de le mettre, étant donné que, de toute façon, on ne pouvait y avoir accès. Ce qu'on a introduit, c'est "sur l'ordre d'un tribunal", c'est ce qui dispose de la question. Concernant le coroner, il y a des modifications législatives, depuis, qui octroient les pouvoirs dans cette loi. Alors, c'était inutile de le reproduire ici. Quant aux autres éléments de l'article 7, il s'est rescindé. Enfin, j'imagine que vous avez fait la discussion lorsque vous l'avez adopté. Entre autres, le troisième alinéa se retrouve ailleurs dans la loi, maintenant.

M. Côté (Charlesbourg): Si on veut être honnête, si on veut être très honnête, dans une discussion très ouverte qu'on a eue, effectivement, lorsqu'on regarde la deuxième phrase: "Nul ne peut en donner ou recevoir communication écrite ou verbale", mais, quand on va plus loin, il y a un petit astérisque qui dit, à un moment donné dans l'article, je ne sais pas si vous l'avez, s'il est reproduit dans votre texte: "ou dans les cas où une loi ou un règlement prévoit

que la communication est nécessaire à son application"... Donc, c'est assez large, merci. Ça veut dire que c'était ça, le principe, mais s'il y a d'autres lois qui prévoyaient d'autre chose, ou d'autres règlements... Évidemment, il y avait un grand principe qui était là, très d'avant-garde à l'époque, mais qui s'ouvrait aussi à d'autres lois alors que, dans ce cas-ci, c'est "le cas où la présente loi prévoit que la communication de renseignements contenus dans le dossier peut être requise d'un établissement." Donc, je pense que c'est plus serré, ce qu'on a là, que le texte de 1971.

M. Trudel: Oui, la deuxième partie slaquait la cravate un peu.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, la deuxième partie défait un peu la première.

M. Trudel: Slaquait la cravate un petit peu...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: ...mais la formulation de la première partie était quand même de nature particulièrement renforçante pour la confidentialité. Bon!

M. Côté (Charlesbourg): Comme mon docteur me le dit...

M. Trudel: Si le docteur le dit, par exemple, là, foi de docteur!

M. Côté (Charlesbourg): ...il n'est pas sans remarquer que, dans les 20 années qui nous séparent de 1971, il y a eu une évolution tout à fait extraordinaire. Là, on disait: "Nul ne peut en donner ou recevoir communication écrite ou verbale..." Il y a peut-être des affaires électroniques aujourd'hui qui pourraient être ajoutées.

M. Trudel: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais le texte est assez serré par rapport à... Je pense que ça renforce ce qu'on souhaitait, à l'époque, et c'est de...

M. Trudel: Les dossiers d'usagers dans les cabinets privés. La Régie pourra demander communication sur, par exemple, la liste des activités, les actes posés, etc.?

M. Côté (Charlesbourg): Non, c'est la Loi médicale.

M. Charlebois: La loi santé et services sociaux ne vise pas les cabinets. Ça vise les établissements.

M. Trudel: Et le cabinet est défini comme n'étant pas un établissement.

M. Charlebois: C'est ça. Ce que vous évoquez, activités particulières, etc., aux fins de rémunération, mais là ce sera prévu. C'est la RAMQ qui aura l'information, parce que le médecin va participer à une entente lui permettant d'obtenir une rémunération normale s'il remplit certaines activités. Ce sont les termes de l'entente et les formulaires pour réclamation d'honoraires qui contiendront les informations nécessaires, à ce moment-là, sur les activités qui sont faites, comme c'est le cas aujourd'hui. Aux fins de rémunération, les médecins remplissent des formulaires de demande de paiement.

M. Trudel: Quand on va arriver au niveau de la planification, au niveau des plans régionaux d'organisation de services, de la planification même, on verra ça dans le détail tantôt au niveau de la définition des plans d'effectifs.

M. Charlebois: L'activité médicale des cabinets, on en tient compte par la somme des informations qu'on a à la Régie de l'assurance-maladie sur le paiement des différents actes. C'est une information qui est disponible à ce moment-ci.

M. Trudel: Alors, la régie pourrait demander, évidemment, des informations sur des dossiers d'un usager à un établissement, aux fins d'exercer les responsabilités qui lui sont données dans la loi.

M. Charlebois: La régie régionale, vous voulez dire?

M. Trudel: Oui, c'est ça.

M. Charlebois: La régie régionale, c'est l'article 292 qui précise ce qu'elle peut demander. La régie régionale ne peut pas avoir accès à des renseignements nominatifs, et ça, c'était déjà annoncé en juin. Seul le ministère aura accès à des renseignements nominatifs. Comme c'est le cas aujourd'hui, le ministère a accès à des renseignements nominatifs qui sont "dénominalisés", si le mot est français, selon des règles...

M. Trudel: S'il n'est pas français, on va le faire exister!

M. Charlebois:...qui sont établis sous surveillance de la Commission d'accès à l'information. Ces renseignements servent à alimenter les systèmes clientèles du ministère comme MEDECHO et d'autres systèmes qui sont en développement. Mais le seul lieu, au Québec, où des renseignements nominatifs pourront être communiqués, ce sera au ministère et non pas ailleurs.

M. Trudel: Mais une régie régionale, je répète, pourrait toujours requérir un certain nombre d'informations sur les dossiers d'un établissement eu égard à ses responsabilités, mais ne le pourrait pas en ce qui concerne les dossiers d'un cabinet privé. Si elle voulait avoir accès à des informations pour réaliser sa planification pour tout exercice nécessaire à la réalisation de sa mission, elle devrait s'adresser à la Régie de l'assurance-maladie du Québec qui, elle, par ailleurs, est autorisée, va être autorisée à transmettre de l'information aux régies régionales, mais des renseignements "dénominalisés", non nominatifs, à 492.
(15 heures)

M. Côté (Charlesbourg): 292.

M. Trudel: 292.

M. Charlebois: C'est la régie régionale. Ce sont des statistiques sur l'activité médicale dans la région.

M. Trudel: Là, on comprend qu'il y a un mouvement de régionalisation, tel que la volonté en a été manifestée, tout ça, souvent, est très dépendant, évidemment, de l'information que tu possèdes. Comme il y a encore et il y aura toujours, dans la mécanique actuelle, un nombre appréciable d'actes qui vont se réaliser en cabinet privé, toute planification, dans l'ignorance de ce qui se passe là, c'est utopique, c'est impossible que ça puisse se réaliser. La régie régionale va travailler sur ce qui se passe en établissement, mais ne pourra pas travailler sur la réalité des choses quant à la partie qui se passe en cabinet privé.

Par ailleurs, opposé à cela, évidemment, il y avait lieu de se montrer inquiet sur toute information qui aurait pu être communiquée d'un cabinet privé, pour la gestion administrative et, là, avoir toute une série d'intervenants qui auraient pu dénaturer l'objectif même poursuivi par la loi. Il y a aussi les dangers de connaissances autres qu'à des fins de planification et, comme vous nous l'avez expliqué, l'opération assez complexe de "dénominalisation". Sans être nominatif au ministère, j'imagine qu'il aurait fallu exiger ça dans la loi, du côté des instruments régionaux si on voulait en arriver aux mêmes fins. Là, c'est la régie qui sera tenue de ne pas transmettre de renseignements à caractère nominatif, mais tous les renseignements sur les cabinets privés, quant aux activités, pourront être obtenus à la régie.

Le Président (M. Joly): Donc, l'amendement à l'article 19 est-il adopté?

M. Trudel: Adopté.

Le Président (M. Joly): L'article 19 est adopté, tel qu'amendé. J'appelle l'article 202.

M. Côté (Charlesbourg): Ajouter, à la fin du premier alinéa, la phrase suivante: "Les documents ainsi fournis ne doivent pas permettre d'identifier un usager de l'établissement." Donc, si on veut essayer de se comprendre, ça se lirait comme suit, l'article 202: "Un établissement doit, sur demande de la régie régionale, lui fournir, en la forme et dans le délai qu'elle prescrit, les états, données statistiques, rapports et autres renseignements qu'elle requiert sur les activités de l'établissement ou qu'elle juge appropriés pour l'exercice de ses fonctions. Le ministre peut demander à la régie régionale de lui en transmettre copie.

"Le présent article ne s'applique à un établissement privé non conventionné que s'il est agréé aux fins de subventions, conformément aux dispositions du chapitre III du titre II de la partie III et dans la seule mesure où les renseignements sont nécessaires à l'application de ces dispositions." Et on ajoute: "Les documents ainsi fournis ne doivent pas permettre d'identifier un usager de l'établissement."

Le Président (M. Joly): M. le député.

M. Trudel: Là, la seule modification qui est ajoutée aujourd'hui, c'est "les documents ainsi fournis ne doivent pas permettre d'identifier un usager de l'établissement."

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

M. Trudel: Le restant, nous l'avions bien adopté en juin.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Et on avait modifié la première version qui était: "...la régie régionale doit fournir, en la forme et dans le délai qu'elle prescrit, les données statistiques, rapports, etc., pour l'application de la présente loi. Alors là, c'est changé par "pour l'exercice de ses fonctions". Alors, ce n'est pas tout ce qui était requis par la loi mais uniquement de par les fonctions de la régie, qui restent à être précisées encore, et ça, on le garde. Dans ce cadre-là, ici, de l'ajout, "les documents ainsi fournis ne doivent pas permettre d'identifier un usager de l'établissement", qui va juger que les documents qui sont fournis ne permettront pas d'identifier un usager de l'établissement? Qui va juger ça? C'est le DSP?

Le Président (M. Joly): Dr Iglesias.

M. Iglesias (Juan Roberto): C'est l'établissement qui doit juger. Naturellement, ça a été mis là pour des cas où il y aurait un petit nombre d'usagers et où, avec un diagnostic, par exemple, particulier, ou avec des caractéristiques sociosanitaires, on pourrait mettre le point

dedans. Alors, c'est l'obligation qui est faite à celui qui transmet, qui est l'établissement, de ne pas dévoiler ça sous cette forme-là.

M. Trudel: Parce que, effectivement...

M. Iglesias: Si vous avez une personne de tel ...

M. Trudel: Prenons un exemple. En fait, c'est la question qui se pose de plus en plus dans le contexte actuel, les sidatiques. C'est évident que la population sidatique d'Abitibi-Témiscamingue est un peu moins grande qu'à Montréal. Alors, à partir du moment où on fait une description assez précise dans le dossier de l'usager, il pourrait être possible d'identifier l'usager, compte tenu des caractéristiques du dossier. Alors, c'est encore là, ici, une deuxième bretelle par-dessus la bretelle et la ceinture que nous avons mises pour un certain nombre de cas spécifiques. Mais c'est l'établissement qui va juger de cela, l'établissement délivrant?

M. Iglesias: Il y a une obligation parce que "l'établissement doit". Tout ce qui vient après, c'est... C'est l'établissement qui est gardien des dossiers, alors, au premier chef, c'est lui qui a l'obligation.

M. Trudel: Mais, formellement, c'est parce qu'un établissement... Je vais aller jusqu'au bout du raisonnement. Je comprends, c'est l'établissement, mais un établissement, ça n'existe pas, ça, dans la vraie vie. C'est une personne, c'est quelqu'un qui juge. Alors, c'est le directeur des services professionnels ou, à défaut, le directeur général.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Et on lui crée une obligation additionnelle, maintenant, qu'il n'avait pas dans le texte que nous avions adopté déjà, qui est celle de fournir... "Les documents ainsi fournis ne doivent pas permettre d'identifier un usager de l'établissement." Comme vous le disiez tantôt, après la bretelle et la ceinture, on vient de rajouter une autre paire de bretelles. Donc, c'est l'établissement, mais par l'entremise d'un individu. L'établissement tout seul ne pourra pas faire ça, ça va être compliqué. On vient de l'adopter à l'article 19. Dans le cas de certains établissements où c'est le DSP, c'est le DSP. Où il n'y a pas de DSP, c'est le directeur général. Donc, c'est un autre message qui a été envoyé, très clair, avec des obligations de respect de la confidentialité.

M. Trudel: On ne saurait faire grief à l'établissement de ne pas dévoiler le dossier d'un quelconque usager à l'intérieur de sa programmation ou du financement qu'il doit recevoir. Regardez. Dans le cas des CPJ en particulier, à mon avis, c'est peut-être le secteur dans lequel

il pourrait y avoir un nombre assez certain d'usagers d'identifiés à partir des caractéristiques du dossier parce que les problématiques soulevées ne sont pas uniquement médicales, elles sont surtout sociales, elles sont de la nature de la perturbation sociale. Alors, quand la régie demandera ces informations, c'est évidemment dans des buts..., pour ses fonctions à elle, des fonctions de planification et en particulier d'affectation budgétaire à l'intérieur des programmes. Alors, est-ce que de ne pas transmettre des informations... Ici, on prend ça comme si c'était un cas isolé, mais s'il y avait un certain nombre de dossiers dont l'établissement jugeait que ça permettrait éventuellement d'identifier l'usager - et là il n'y a pas de droit d'appel; c'est l'établissement qui est dépositaire des dossiers qui décide - c'est terminé, au revoir. La régie ne pourrait pas disposer de ces dossiers-là.

Sur le plan budgétaire, en particulier au niveau de la planification, comment ça va se gérer à la régie régionale? Y compris... Enfin, on est obligés de voir, comme législateurs, tous les cas et les extrêmes. Un établissement pourrait décider d'un bon nombre de dossiers qu'il ne communique pas "de peur de", et il serait justifié tout à fait.

M. Charlebois: Si vous me permettez, ce dont on parle ici, c'est de rapports statistiques, d'états statistiques, de rapports et autres renseignements qu'un établissement peut être tenu de transmettre à la régie. Dans ses rapports, l'établissement est tenu de faire en sorte qu'aucun renseignement ne permette d'identifier. Maintenant, dans la formulation de son rapport... Ce que vous évoquez, c'est qu'un établissement... Ce que vous évoquez comme hypothèse, qui m'apparaît bien extrême et d'une éventualité tout à fait hypothétique, c'est que dans un programme il n'y aurait qu'un ou deux usagers visés, parfaitement identifiables, donc l'établissement ne serait pas en mesure d'envoyer un rapport statistique sur ses activités. Ça m'apparaît une hypothèse peu probable.

Par ailleurs...

M. Trudel: Une hypothèse hypothétique, hautement.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Charlebois: Voilà! Par ailleurs, dans la formulation d'un rapport et de statistiques, il y a certainement moyen d'agrèger les données pour éviter que des renseignements puissent conduire à identifier des personnes et donc répondre à la satisfaction de la régie pour les fins de planification et les fins de gestion, parce qu'on est vraiment au niveau de rapports statistiques et de rapports de gestion.

M. Iglesias: Ça permettrait quand même à

l'établissement de donner toutes les informations, sauf celles qui... Autrement dit, on peut faire rapport. "J'ai eu un cas de tel type de violence". S'il y en a seulement que deux, on a juste à ne pas donner les caractéristiques, mais "J'ai ou deux cas" et ça s'en va à la régie. La règle peut savoir qu'il y a eu deux cas. Tandis que si on veut avoir plus au niveau de la recherche, etc. À ce moment-là, on prend de plus grands ensembles, d'autres régions et on va voir que ça se répartit dans telle classe sociale ou telle chose.

M. Trudel: Ce que je voulais faire ressortir, c'est que s'il y a une bretelle supplémentaire qui est ajoutée sur le plan du dossier de l'individu, de l'usager - et ça, on finira par faire une chemise avec nos bretelles et ce sera encore la plus belle garantie qu'on pourra se donner comme société - il faut bien voir que ça comporte aussi d'autres éléments. C'est-à-dire que ça ouvre la porte, qu'on le veuille ou non, ça ouvre la porte, en termes de gestion de notre système, à un non-transfert d'informations sur lequel il n'y a pas d'appel, il n'y a pas de possibilité.

Si on avait à choisir pour qui on prend partie, très clairement, prenons partie pour l'usager. La confidentialité, c'est très clair, mais il faut voir que ça ouvre aussi une porte à la captation d'informations et à garder de l'information nécessaire à la planification.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, ça prendrait quelqu'un qui a l'esprit mal tourné pour appliquer la deuxième, mais ce n'est pas impossible qu'il y ait quelque part un esprit mal tourné qui puisse le faire. Je pense que oui, mais, comme vous l'avez dit, je pense qu'il faut prendre le bien du citoyen sur le plan de la protection. C'est tout d'abord ça qu'il faut. Dans ce cas-ci, c'est une hypothèse qui est là, qui est possible, mais qui n'est pas l'objectif de l'amendement qui est apporté, d'aucune manière.

M. Trudel: Non. C'est parce qu'on nous présente ça - c'est louable de le voir comme cela - c'est une bonification à l'article, nous a-t-on présenté. Quand on fait une bonification à l'article, il faut bien qu'on soit conscient que ça ouvre autre chose; il y a toujours deux côtés à une médaille, il y a toujours deux faces à la réalité. S'il nous faut prendre partie pour l'usager, également, ça ouvre d'autres portes ailleurs et on verra à l'usage du système.
(15 h 15)

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, il faut le nuancer aussi parce que, quand on relit 202, en partant: "Un établissement doit...", donc il y a une obligation de transmettre les renseignements. Celui qui étirerait l'élastique jusqu'à se servir de cet amendement, qui est une balise pour protéger l'individu mais pour transférer les renseignements... En tout cas, j'espère qu'il non existe pas trop dans le système.

M. Trudel: C'est juste parce que... Je ne vois pas comment on peut avoir le choix autrement. Juste parce que la décision, à l'autre bout, repose bien sur une personne, dans un établissement, qui détient l'information. Il n'y a pas... Et je ne veux pas me mettre ici à créer un mécanisme d'appel pour des cas qui peuvent se présenter, mais je veux juste soulever qu'il y a une contrepartie à ça et que, s'il y a une bretelle supplémentaire qui est ajoutée à la confidentialité, bravo! mais ça ouvre la porte à d'autres hypothèses d'utilisation quand on l'ajoute comme cela.

M. Côté (Charlesbourg): O.K.

M. Trudel: Là-dessus...

M. Côté (Charlesbourg): Adopté, M. le Président.

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 202 est adopté. L'article 202 est adopté tel qu'amendé. J'appelle l'article 266.

M. Côté (Charlesbourg): Ajouter à la fin l'alinéa suivant: "Dans l'exercice des fonctions énumérées au premier alinéa, la régie régionale doit s'abstenir de consigner tout renseignement ou document permettant d'identifier un usager d'un établissement ou un utilisateur des services d'un organisme communautaire."

Si on fait la lecture de 266, tel qu'il a été adopté, ça se lit comme suit: "La régie régionale veille au respect des priorités approuvées par l'assemblée régionale et à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être. À cette fin, elle:

"1° s'assure que les informations sur l'état de santé de la population de la région sont tenues à jour et accessibles;

"2° identifie les besoins de la population en vue de l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services;

"3° informe le ministre des besoins de la population en vue de l'élaboration et la mise à jour d'une politique de santé et de bien-être, des politiques et des programmes de santé et de services sociaux;

"4° évalue, selon la périodicité que détermine le ministre, l'efficacité des services de santé et des services sociaux, le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services;

"5° élabore et met en oeuvre, conformément aux directives du ministre, des évaluations de programmes de services auxquels participent les établissements;

"6° exécute tout mandat spécifique que le ministre lui confie."

Et nous ajoutons: "Dans l'exercice des fonctions énumérées au premier alinéa, la régie régionale doit s'abstenir de consigner tout renseignement ou document permettant d'iden-

tifier un usager d'un établissement ou un utilisateur des services d'un organisme communautaire".

M. Trudel: Ça vient après le premier alinéa?

M. Côté (Charlesbourg): Ajouter à la fin de l'article.

M. Trudel: À la fin de tout.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, l'alinéa suivant. Donc, c'est à la fin.

M. Charlebois: C'est à la fin, mais ça vise le premier alinéa...

M. Trudel: Au complet.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Charlebois: ... et c'est exactement aux mêmes fins que celles dont nous avons discuté pour 202.

M. Trudel: C'est l'autre bout.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Qu'est-ce qui arriverait s'ils consignent de tels renseignements? "Dans l'exercice des fonctions énumérées au premier alinéa, la régie régionale doit s'abstenir de consigner tout renseignement..." Qu'est-ce qui arrive si un régime régionale consigne des renseignements qui permettent d'identifier un usager d'un établissement ou un utilisateur des services d'un organisme communautaire?

M. Côté (Charlesbourg): Il n'y a pas de pénalité, il n'y a pas d'infraction prévue à l'intérieur de notre loi concernant cet article-là.

M. Trudel: Alors, c'est un avertissement. C'est une balise.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Par contre, on nous signale que ça pourrait contrevenir à la notion de vie privée au niveau de la Charte avec ce qui s'ensuit comme conséquence.

M. Trudel: Tel que libellé?

M. Côté (Charlesbourg): Oui. C'est-à-dire que dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux il n'y a pas d'infraction prévue pour ça. Cependant, si une régie était en infraction et qu'un usager, c'était porté à sa connaissance, il pourrait intenter une poursuite en dommages et intérêts contre la régie...

M. Trudel: Dommages et intérêts au civil.

M. Côté (Charlesbourg):... en se basant sur

la Charte qui prévoit que la protection de la vie privée doit être assurée.

M. Trudel: Une autre remarque que je suis tenté de faire ici. Encore une fois, c'est prendre la partie de l'usager pour y ajouter le maximum de protection au niveau du traitement de son dossier, de l'ajouter cependant - et c'est un peu la réflexion que je voudrais bien avoir - au chapitre des responsabilités de la régie régionale, d'ajouter cette police au niveau du traitement des dossiers. Est-ce que vous avez senti, de la part de vos interlocuteurs, puisque ça vient de là, une pleine, totale et entière confiance envers ces futures régies régionales, compte tenu de ce que je vois apparaître ici, qui, encore une fois, n'est pas mauvais? Ça ajoute, sauf que ça fait comme allumer une petite lumière quelque part de dire, bon, quand la régie régionale ne peut obtenir les renseignements à caractère nominatif des établissements - et, elle, on lui ajoute, à la régie régionale, qu'elle est tenue de ne pas consigner les renseignements - est-ce qu'il y a là la traduction d'une certaine méfiance envers ces nouveaux interlocuteurs, ce nouvel instrument qui apparaîtrait dans le décor de la gestion de nos services de santé et services sociaux?

M. Côté (Charlesbourg): La réponse est non. Ça va s'illustrer d'un certain nombre d'aménagements qu'il y a. Quand on a dit tantôt que la régionalisation était un élément de la réforme qui était maintenu, c'est que, effectivement, dans les discussions publiques de mai et de juin, on interpellait beaucoup le pouvoir technocratique, bureaucratique des régies régionales avec une certaine, à tout le moins à l'époque, interrogation; mettons-la positive, pour le moment. Et, au cours des échanges, finalement, à la conclusion des échanges, que le président... qu'on insiste tellement pour être du conseil d'administration, c'est qu'on reconnaissait la structure régionale et qu'on voulait oeuvrer à l'intérieur de la structure régionale. Premier élément.

Le deuxième, c'est que la commission médicale régionale, à sa demande, sera supportée par des fonctionnaires de la régie régionale pour l'approvisionnement en données qui concernent les régies régionales. Donc, il y a des points d'interrogation qui se sont levés en cours de route et je peux vous dire que - en tout cas - la conclusion que nous pouvons en tirer à ce moment-ci, c'est qu'il y a une volonté d'être un partenaire positif de la démarche avec les régies régionales.

Ça me paraît, moi, bien évident, et pas mal plus évident maintenant que ça l'était au mois de mai ou au mois de juin.

M. Trudel: C'est important de faire ce constat-là parce que lorsqu'on lit, par exemple, des amendements tels ceux-là, ici, on est à tout le moins en droit de se poser la question. Et,

deuxièmement, c'est que nous devons aborder au cours de nos échanges, pendant les jours qui viennent, s'il y a un plein désir de participer aux instruments régionaux mis en place au niveau de la planification de l'exploitation des services.

Il va falloir aussi, par ailleurs, qu'on so préoccupe, bien sûr, de ce que d'aucuns appellent maintenant l'équilibre entre les différentes composantes de ce système. Être là de plein droit suppose également que ce droit puisse s'exercer dans la balance des avantages et inconvénients que cela peut vouloir dire et des différents éléments qui composent ce système-là. Bon.

Alors, donc, partie à la mécanique, mais il va falloir examiner tout au long du parcours si la mécanique va pouvoir vivre son processus ou son homéostasie de façon constante ou si l'équilibre systémique n'est pas dérangé en quelque sorte, ou n'est pas modifié par des éléments qui ont été introduits dans le système. Il faudrait s'assurer de la balance, du balancement dans le système et de l'équilibre dans ce système-là au niveau des rapports entre les différents acteurs, différents groupes, différents secteurs, différents types d'activités et différents problèmes qu'on a à affronter dans le contexte de chacune des régions du Québec en particulier. Alors, ça va sur l'amendement à 266, M. le Président.

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 266, adopté. L'article 266, adopté tel que... Adopté.

M. Côté (Charlesbourg): L'article 292, M. le Président.

Le Président (M. Joly): J'appelle l'article 292, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Remplacer le premier alinéa de l'article 292 par le suivant. "Pour l'exercice de ses fonctions ou à la demande du ministre, la régie régionale peut requérir que les établissements et les organismes communautaires de sa région lui fournissent, dans la forme et le délai qu'elle prescrit ou que le ministre détermine, selon le cas, les renseignements prescrits par règlement et en vertu du paragraphe 11.1° de l'article 410 concernant les clientèles, les services demandés et dispensés et les ressources utilisées.

"Les renseignements transmis ne doivent pas permettre d'identifier un usager d'un établissement ou un utilisateur des services d'un organisme communautaire."

(15 h 30)

M. Charlebois: Pour cet article, le changement qui est apporté, c'est d'abord "renseignements non nominatifs" qui est remplacé par une phrase qui est plus explicite: "Les renseignements transmis ne doivent pas permettre d'identifier un usager". C'est une phrase qu'on a vue à 202 et à

266. Voilà pour une première chose. Quant à l'autre élément qui est plus important, nous sommes arrivés à la conclusion, suite à l'analyse de cet article et également de l'article 340 - on va le voir un peu plus loin - que pour assurer une pleine protection et une pleine transparence concernant la transmission de renseignements des établissements vers les centres de décision, que ce soit régional ou au niveau du ministère, il y avait lieu d'établir, par voie réglementaire, le type de renseignements que la régie régionale pourra demander. On va voir à l'article 340, de la même manière, les renseignements que le ministère pourra demander. Au moment où on se parle, avec la loi actuelle, la régie régionale n'a pas un seul pouvoir, donc c'est complètement nouveau, mais, quant au ministère, il a actuellement ce pouvoir et il l'exerce par le biais d'un règlement qui est très exhaustif et qui précise les renseignements qu'il peut requérir des établissements. Le fait de procéder par la voie réglementaire, ça permet évidemment que, sur un projet de règlement qui sera prépublié, des réactions puissent être reçues de la part du public, de baliser, donc, les renseignements qui seront recueillis. Un tel règlement... Donc, c'est prévu à l'article 410, paragraphe 11.1°. Il faut peut-être les lire ensemble.

M. Côté (Charlesbourg): Le 11°, il est là, dans les amendements. J'espère que c'est le bon.

M. Trudel: 410?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, 11°.

M. Charlebois: Je le cherche.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer, dans la deuxième ligne...

M. Charlebois: C'est: "prescrire, pour chaque régie régionale, les renseignements que chacune peut requérir des établissements et des organismes communautaires de sa région;". Alors, tel que formulé, le règlement...

M. Trudel: Je m'excuse. C'est "prescrire..."

M. Côté (Charlesbourg): Oui. "prescrire, pour chaque régie régionale, les renseignements que chacune peut requérir des établissements et des organismes communautaires de sa région;".

M. Charlebois: Donc, c'est à l'article 410.

M. Trudel: 410.11°?

M. Côté (Charlesbourg): 11.1°.

M. Charlebois: 11.1°.

M. Côté (Charlesbourg): Qui est au 10°.

C'est parce que c'est le dixième élément de l'article amendé, mais qui est, en fait, au 11.1°.

M. Trudel: O.K. Ça va. C'est au 10°, mais le 11.1°.

M. Charlebois: Tel que formulé, ça permet une flexibilité, c'est-à-dire que ça ne sera pas nécessairement un seul règlement pour les 17 régies régionales. Les régies peuvent avoir des besoins différents et, donc, le pouvoir réglementaire du gouvernement permettra de prendre en compte ces différences, s'il y a lieu.

M. Trudel: O.K. Mais ce qui est fondamentalement différent, c'est qu'avant les négociations c'était la loi qui permettait... C'est-à-dire que la régie pouvait requérir les informations en vue de réaliser les responsabilités que lui confiait la loi. Maintenant, c'est par règlement du gouvernement que l'on devra prescrire le type d'informations que la régie pourrait recueillir aux fins de réaliser sa... Évidemment, ce n'était pas déplaisant pour le 1 d'avoir une demande comme telle, même si, encore une fois, l'objectif est de s'assurer du plus d'étanchéité possible au niveau du type d'informations qui peuvent être recueillies.

Mais, encore là, là-dessus, les responsabilités des organismes régionaux, des régies régionales vont pouvoir s'exercer avec plus de restrictions, pour un petit secteur, que nous l'avions prévu au départ. Dans ce sens-là, il y a aussi un reflet d'une certaine centralisation ici et, je pense qu'il faut le dire, d'un certain danger perçu ou appréhendé de la part de l'exercice d'un pouvoir régional par les régies qui seront dans le champ de chacune des régions. Et, encore une fois, on ne peut pas être contre la vertu et contre le resserrement lorsqu'il s'agit de renseignements à caractère nominatif. Ça, ce n'est pas là-dessus que je fais grief.

M. Côté (Charlesbourg): L'objectif premier est toujours celui-là.

M. Trudel: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): C'est pour ça qu'on s'en est tellement fait parler par nos collègues parlementaires de toutes les formations politiques et par tout le monde. Finalement, c'est le biais qu'on a pris, mais c'est toujours dans ce biais que ces amendements-là sont apportés, sans pour autant faire en sorte que les régies régionales ne puissent pas avoir l'information dont elles ont besoin pour accomplir leurs tâches.

M. Trudel: Au prix d'un certain alourdissement. Mais ça...

M. Côté (Charlesbourg): Si c'est le prix à payer pour protéger la confidentialité, c'est le

prix qu'il faut payer.

Mme Vermette: Mais, ce que je ne comprends pas... Ce serait quoi l'intérêt des régions régionales d'aller chercher des informations pour les faire, je ne sais pas, divulguer à droite puis à gauche, qui ne seraient pas nécessairement conformes à la gestion et à l'administration des régions dans l'ensemble du réseau? Ce serait quoi leur intérêt au point de départ? Puis, deuxièmement, pourquoi alourdir, finalement? Parce que ça va devenir plus... la bureaucratie va être plus lourde à ce moment-là.

M. Charlebois: Leur intérêt, au départ, on peut présumer qu'il n'y en a pas, sauf que, sur une question comme celle de la protection des renseignements personnels, n'y a-t-il pas lieu d'introduire le maximum de balises pour éviter tout écart et tout dérapage? C'est vraiment le type de réflexion qui nous a alimentés pour introduire cette disposition.

Mme Vermette: Ça fait penser à l'État dans l'État. Tu sais, une surveillance par-dessus...

M. Côté (Charlesbourg): Non, il y a un autre élément qui est important, je pense...

Mme Vermette: Oui?

M. Côté (Charlesbourg):... puis qui est peut-être une autre partie de la bretelle. C'est que le pouvoir réglementaire du gouvernement est toujours soumis à un débat public, ce qui ne sera pas le cas au niveau de la région régionale. Et, dans ce cadre, c'est que, finalement, on donne... Le préjugé favorable à l'usager est maintenu, à ce moment-là. Ça pourrait éventuellement susciter un débat si jamais il devait y avoir des exagérations quant à ce qui est demandé. Et ça, ça m'apparaît relativement important, ce qui n'aurait pas été le cas au niveau régional.

Dieu sait, s'il y en a un qui sait maintenant qu'un règlement prépublié peut être contesté, c'est moi avec...

M. Trudel: Heureusement.

M. Côté (Charlesbourg): Ah oui, bien sûr. C'est sûr, il faut apprendre. Maintenant, les gens regardent un peu plus la **Gazette officielle**.

M. Trudel: C'est très lu, la **Gazette officielle**. C'est très lu. Si on peut y revenir pendant cette commission, j'ai passé une petite partie de mes vacances à en lire quelques... J'avais pris du retard au mois de juin. On avait eu d'autres travaux.

M. Côté (Charlesbourg): Ha, ha, ha!

M. Trudel: Comme dirait mon père, j'ai relu

mes gazettes!

M. Côté (Charlesbourg): Ah oui! Ha, ha, ha!

M. Trudel: J'ai quelques questions sur quelques décrets qui sont passés pendant le mois de juin, comme sur ceux du début de juillet aussi.

M. Côté (Charlesbourg): J'espère que vous n'êtes pas trop transformé! Ha, ha, ha!

M. Trudel: Je m'interroge sur un libellé différent et... Quand on arrive à l'aspect... Ce n'est pas dans cet amendement-là, mais lorsqu'on était à l'article 410. 10^e, 11. 1^e et 11. 2^e...

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'est demain soir.

M. Trudel: Ça, c'est demain soir un peu tard. L'article 410. 10^e, il va y avoir une proposition d'amendement pour amender 11. 1^e et 11. 2^e.

M. Côté (Charlesbourg): C'est-à-dire qu'il n'a jamais été adopté.

M. Trudel: Oui, il n'a jamais été adopté.

M. Côté (Charlesbourg): On n'a jamais adopté l'article 410, si on se rappelle.

M. Trudel: La troisième page de l'amendement... Il va peut-être être tard! Pourquoi il y a un libellé différent quand on dit: La responsabilité du ministre, ça va être de prescrire, pour chaque région régionale, les renseignements qu'on peut requérir des établissements et des organismes communautaires de sa région, sans objet? Et, quand on arrive au paragraphe suivant: responsabilité aussi de prescrire les renseignements nominatifs ou non qu'un établissement doit fournir au ministre concernant les besoins et la consommation de services. Pourquoi énumérer dans la partie ministérielle la balise concernant les besoins et la consommation de services et qu'on n'a pas besoin de mettre ça dans le cas de la région régionale? Ça peut être sur n'importe quoi?

M. Charlebois: La région régionale, concernant les besoins et la consommation, on le voit dans les articles 202 ou 266. Il y a différents articles qui permettent à la région régionale d'aller chercher de l'information pour des fins statistiques, pour des fins de rapports, etc. Concernant le ministre, il n'y a qu'un seul article, c'est l'article 340. À l'article 340, les renseignements que le ministre va pouvoir requérir des établissements vont être établis par règlement. Ce sont les seuls renseignements qui pourront être nominatifs, d'où le premier élément de la phrase. Le premier élément de la phrase

qui parle de renseignements nominatifs ou non, c'est le seul endroit dans la loi où on parle de renseignements nominatifs qui peuvent être requis d'un établissement, mais on qualifie, concernant le besoin et concernant la notion de service. C'est le seul article qui explique ou définit le pouvoir du ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Alors que, dans le cas des régies, c'est...

M. Charlebois: Dans le cas des régies, on a trois ou quatre articles qui en parlent.

M. Trudel: Avant de procéder à la conclusion des négos sur cet article-là, les CRSSS actuels ont-ils été consultés, sous une forme ou une autre, quant à ce que ça pourrait vouloir dire pour l'avenir? Parce que, là, la régie, les CRSSS, il va quand même y avoir du transfert. Il va y avoir comme du même monde et des responsabilités qui sont actuellement réalisées par les CRSSS?

M. Côté (Charlesbourg): Ce que j'ai compris par vos propos d'hier, c'est qu'il va y avoir bien du nouveau monde.

M. Trudel: Il va y avoir bien du nouveau monde là-dedans. Le nouveau monde n'a pas pu être consulté, ça va de soi. Ceux qui sont là ont-ils été consultés au nom des nouveaux aussi?

M. Côté (Charlesbourg): Non. Je ne peux pas dire plus que ça. Je ne peux pas dire: Non mais ou oui mais, c'est non.

M. Trudel: C'est un élément très différent de ce que nous avons prévu comme économie générale au niveau des informations. C'est des informations de gestion pour la planification de l'ensemble de la dispensation des services. Comme le disait ma collègue, il y a de la lourdeur qui s'ajoute au nom de.

M. Côté (Charlesbourg): C'est accessible pareil. La seule chose c'est que ce sera accessible, mais il faudra prévoir une étape additionnelle.

M. Trudel: Un règlement.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Charlebois: Il y a deux éléments que je voudrais introduire à 202, 266, 292 et on va le voir à 303; on introduit la phrase qui dit que tous les renseignements ne peuvent permettre d'identifier un usager. C'est une phrase qui veut dire "renseignements non nominatifs". C'était clair, dans l'esprit des textes et de ce qui a été avancé en juin, que pour tous ces articles c'était non nominatif. Or, il ne nous apparaissait pas

utile... ça ne nous semblait pas changé, au fond. C'est ce que je veux dire. C'est bien évident que ça ne change pas le fond de rendre plus explicite. C'est comme ça qu'on l'a présentée, la protection des renseignements.

Quant au deuxième élément, dès lors que le ministre, à l'article 340, accepte de faire en sorte que les renseignements qu'il pourra requérir des établissements seront balisés par règlement, c'est un peu par voie de corollaire et de conséquence que les créatures régionales qui sont faites dans le contexte de la réforme soient assujetties aux mêmes règles que le ministre. Ça aurait été un peu inusité que le ministre s'astreigne à ces règles et ces balises et qu'au niveau des régies régionales il n'y ait pas les mêmes règles du jeu.

M. Trudel: Mais l'introduction de la nécessité réglementaire pour les renseignements à caractère nominatif que le ministre peut aller chercher, nous l'avions déjà prévue, sauf erreur, dans l'analyse. On n'avait pas terminé 410 parce qu'on l'a beaucoup chargé, 410, pendant deux mois et demi.

M. Côté (Charlesbourg): On en a parlé souvent.

M. Trudel: On en a parlé souvent pendant les quelques soirées que nous avons passées ensemble. Alors, c'était déjà là, pour ce qui est du pouvoir du ministre, pour ce qui est des renseignements que le ministre pouvait requérir. Il est vrai que ça ne s'appliquait pas pour les régies régionales, mais c'était déjà prévu pour le ministre. Alors, ce n'est pas uniquement un corollaire de ce qu'on avait fait pour la partie ministérielle.

M. Iglesias: Si vous permettez. Si on relit 340 tel qu'on l'a laissé en juin et l'article 410, pour les renseignements que le ministre pouvait requérir, ce n'était pas évident qu'automatiquement on passait par règlement, même si c'était ça, l'intention. Ça avait été maintes fois déclaré que c'était ça, l'intention. On a apporté une précision à 340 pour bien rendre évident que les renseignements que le ministre requerra des établissements, ça se fera par la voie...

M. Trudel: Je me souviens parfaitement bien de la longue discussion que nous avons eue au sujet de l'opération décryptage, etc.

M. Iglesias: C'est que le pont entre 340 et le pouvoir réglementaire n'était pas...

M. Trudel: N'était pas explicite.

M. Iglesias: ...explicite et c'est ce que nous avons rendu explicite. Ça avait été maintes fois déclaré que c'était l'intention de continuer à agir

de cette manière. On l'a simplement rendu explicite. On a fait le lien entre les deux articles.

M. Côté (Charlesbourg): Il y a un changement dans 340.1, qui était déjà déposé. Ça arrêta à un moment donné. Il n'y avait pas de pont avec 11.2° de l'article 410 qui est là maintenant. Donc, c'est l'ajout de: "prescrit par règlement pris en vertu du paragraphe 11.2° de l'article 410 et qui concerne les besoins et la consommation de services". Ça n'existait pas; ce pont n'existait pas avec l'article 410.

M. Trudel: Le pont n'existait pas. Il est créé par l'amendement à 340.1 qui va être apporté.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça. Par le fait qu'on est obligé de faire un règlement aussi.

M. Trudel: On n'a pas tous été à la même table, cet été. Mais c'est à quel endroit? Je vais changer ma question.

Une voix: À quel endroit était notre table?

M. Trudel: Il n'y avait aucun endroit dans la loi où nous prescrivions que le ministre pouvait obtenir des renseignements des établissements avec les gardes usuels que nous avons annoncés? Il n'y avait aucun article là-dessus?

M. Charlebois: Je ne pense pas. Ce qui a été introduit à la fin des pouvoirs - l'article 340, ça définit les pouvoirs du ministre - c'est un nouvel article qui disait que, dans l'exercice de ses fonctions de programmation des services de santé et des services sociaux, le ministre peut requérir les renseignements nécessaires. Mais le pont n'était pas fait avec le gouvernement.

M. Trudel: Non, non, je comprends que le pont n'était pas fait. Pour avoir un pont, il faut avoir deux rives.

M. Charlebois: Voilà! Les deux rives n'y étaient pas.

M. Trudel: Les deux rives n'y étaient pas. Mais il y avait une disposition...

M. Côté (Charlesbourg): Ils ont appris ça en Iraq.

M. Trudel: ...ça m'éviterait de la chercher - en quelque part qui autorisait le ministre à obtenir des établissements... Ce n'est pas 340 dans son premier libellé.

M. Charlebois: C'est 340.1 qui a été annoncé en juin, je pense, qui a été avancé comme

papillon en juin.

M. Trudel: Ah! O.K.

M. Côté (Charlesbourg): Là, il y a un ajout au papillon déjà déposé.

M. Trudel: O.K.

M. Côté (Charlesbourg): Pour faire le pont.

M. Trudel: Je m'y retrouve, je m'y retrouve. C'est parce que...

M. Côté (Charlesbourg): Mais aussi il faut...

M. Trudel: Je ne veux pas avoir l'air plus bête que je le suis.

M. Côté (Charlesbourg): Mais dans la logique...

M. Trudel: On les avait prévues, les deux rives.

M. Côté (Charlesbourg): O.K., on se comprend bien, mais dans la logique des choses, comme c'était la régie régionale qui devait fournir ces renseignements-là, ce n'était pas le ministre, donc, il y a... Dans la logique du projet de loi 120, ça se finissait là. À partir du moment où vous créez un pouvoir réglementaire, il faut qu'il s'ajoute quelque part et c'est pour ça qu'il y a un pont maintenant à l'article 340.1, qui ne pouvait pas être un pont au mois de juin.

M. Trudel: Les rives n'étaient pas construites.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

M. Trudel: Et là je concluais sur cet article-là - tantôt, ma question était: Si on sent le besoin de rajouter des balises à la régie régionale, est-ce qu'il n'y a pas un peu de craintes? Est-ce que je peux traduire la même chose du côté du ministre, qu'on a rajouté une balise supplémentaire parce qu'il y avait beaucoup de craintes du côté du ministre?

M. Côté (Charlesbourg): Semble-t-il. C'est parce que c'était incontournable.

M. Trudel: Alors, ça va pour cet amendement-là.

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 292, adopté. L'article 292, adopté...

M. Trudel: M. le Président, je vais vous demander de suspendre pour quelques minutes.

Le Président (M. Joly): ...tel qu'amendé. Nous suspendons nos travaux pour quelques minutes.

(Suspension de la séance à 15 h 53)

(Reprise à 16 h 5)

Le Président (M. Joly): La commissior reprend ses travaux.

M. Côté (Charlesbourg): Nous en étions à l'article 303, M. le Président.

Le Président (M. Joly): J'appelle l'article 303.

M. Côté (Charlesbourg): Ajouter, à la fin, la phrase suivante: "Les renseignements fournis ne doivent pas permettre d'identifier un usager d'un établissement ou un utilisateur des services d'un organisme communautaire." Donc, l'article se lirait comme suit: "La régie régionale doit, sur demande du ministre, lui fournir, en la forme et dans le délai qu'il prescrit, les états, données statistiques, rapports et autres renseignements qu'il requiert sur les activités de la régie régionale ou qu'il juge appropriés pour l'application de la présente loi. Les renseignements fournis ne doivent pas permettre d'identifier un usager d'un établissement ou un utilisateur des services d'un organisme communautaire."

M. Charlebois: Même commentaire que pour...

Le Président (M. Joly): ...les articles adoptés précédemment.

M. Charlebois: ...202 et 266.

Le Président (M. Joly): M. le député.

M. Trudel: C'est une logique incontournable.

M. Côté (Charlesbourg): C'est logique du début à la fin.

M. Trudel: C'est-à-dire qu'on est enfermé, c'est ce que vous voulez dire, là. Ceux-là ne sont pas soumis à la réglementation.

M. Charlebois: Non, comme 202 et...

M. Trudel: Qu'est-ce qu'il y avait de contournable dans ce cas-là?

M. Charlebois: Non, c'est comme 202 et 266...

M. Trudel: Pardon.

M. Charlebois: ...où on se réfère plus à des rapports et à des statistiques qu'à des renseignements requis sous une autre forme. L'article 292, si vous y retournez, était beaucoup plus général. Pour l'exercice de ses fonctions ou à la demande du ministre, la régie peut requérir que des établissements et des organismes de sa région fournissent les renseignements prescrits. Donc, on parle de renseignements qui peuvent être plus détaillés. Mais dans le cas de 202, 266 et 303, dans tous les cas, on parle de rapports statistiques. Donc, dans le libellé même, on parle déjà de données qui sont agrégées et qui sont sous forme de rapports qui...

M. Trudel: C'est parce que c'est bien indiqué "et autres renseignements qu'il requiert". Ça peut être... Je comprends qu'il y a une description auparavant qui dit...

M. Charlebois: "sur les activités de la régie".

M. Trudel: ..."les états, données statistiques, rapports". C'est déjà des données agrégées, mais... Vous n'avez pas fait votre tour de garde, là, vous?

On peut revenir sur ce qu'on va faire obligation au ministre tantôt de... Voyons, 410.

M. Côté (Charlesbourg): 340 ou 410?

M. Trudel: 410.

M. Côté (Charlesbourg): 410.10°.

M. Trudel: 10°, 11.2°.

M. Côté (Charlesbourg): 11.1°, prescrire... et 11.2°.

M. Trudel: Juste dans la logique là, on ne fera pas un plat avec ça. On va être obligé de prescrire par règlement les renseignements nominatifs. Ah... Ah...

M. Iglesias: Nominatifs... C'est parce qu'il y a les deux niveaux. Il y a le niveau établissements-régie, nominatifs et non nominatifs.

M. Trudel: O.K.

M. Iglesias: La même chose au niveau du ministère.

M. Trudel: O.K. Ce qui veut donc dire que la régie ne possédera jamais aucun renseignement à caractère nominatif.

M. Iglesias: Exactement.

M. Trudel: Enfin, l'économie générale de la loi prévoit que la régie ne devra posséder, "en

aucun cas", des renseignements à caractère nominatif.

M. Iglesias: Conserver.

M. Trudel: Conserver, parce que, dans le mécanisme de traitement des plaintes, elle va devoir en avoir des renseignements à caractère nominatif. Ceux-là, le ministre pourrait les demander mais...

Une voix: Mais elle ne peut pas les garder.

M. Trudel: ...par règlement, mais elle ne peut pas les garder.

M. Iglesias: Elle ne peut pas les conserver. Il y a un article qui vient d'être adopté, elle ne peut pas les conserver.

M. Trudel: Oui, mais là...

M. Iglesias: Elle ne peut pas se faire une banque de données.

M. Trudel: Ils peuvent rester longtemps sur le bureau de la régie, mais elle ne peut pas les conserver. Bien sûr qu'on le verra en détail tantôt, mais, au niveau du mécanisme de traitement des plaintes, il va y avoir quelque part un troisième niveau. Les renseignements qui vont être nécessaires pour analyser la plainte en appel, au troisième niveau, on va les requérir de la régie?

M. Charlebois: Dans le cas des plaintes, c'est très différent. Quand une personne porte plainte, elle consent, elle donne accès volontairement aux renseignements. C'est très différent parce qu'on parle, dans tous les autres cas, de transmission de renseignements qui sont faits à l'insu...

M. Trudel: Sans l'autorisation de l'usager.

M. Charlebois: Voilà.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, on présume que la personne qui porte plainte donne l'autorisation d'aller chercher un certain nombre de renseignements.

M. Trudel: On va la faire signer pour qu'elle donne l'autorisation d'accéder à son dossier. Ça va, l'article 303 est adopté. M. le Président...

Le Président (M. Joly): À l'article 303, l'amendement est adopté. L'article 303 est adopté tel qu'amendé. L'article 340.1 est appelé.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer, après l'article 340.01, l'article suivant: "340.1 Dans

l'exercice de ses fonctions de programmation des services de santé et des services sociaux prévues à l'article 340, le ministre peut requérir qu'un établissement lui fournisse, à l'époque et dans la forme qu'il détermine, les renseignements nominatifs ou non, prescrits par règlement pris en vertu du paragraphe 11.2° de l'article 410 et qui concernent les besoins et la consommation de services."

M. Charlebois: Ce qu'on introduit ici, c'est l'assise dans la loi pour adopter un règlement.

M. Trudel: Si je me rappelle bien, il y a déjà un règlement qui existe sur ces renseignements, et c'est l'autre bout là, qui est sur le type de renseignements et sur la façon dont on peut les obtenir.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ce qu'on disait dans nos discussions du mois de mai et du mois de juin. Ça existait dans un règlement qu'on a voulu transparent en le mettant dans la loi. Donc, il existe.

M. Trudel: En attendant qu'on trouve cela, il y a une autre question qui peut, pendant qu'on cherche... Le ministre peut donc requérir qu'un établissement lui fournisse, etc., etc, etc. Là, on ne met pas les régies régionales. Ne me répondez pas par "c'est des... nominatifs", parce que c'est nominatif ou non. Pourquoi on ne met pas les régies là-dedans, ici?

M. Charlebois: Dans quoi, dans 340?

M. Trudel: 340.1.

M. Charlebois: C'est parce qu'on parle... C'est parce que 340, au fond, c'est en référence aux fonctions ministérielles. Je comprends mal votre question qu'à 340 on précise que les régies régionales y soient.

M. Trudel: Non, non, mais c'est parce que ici, on fait nommément un ajout. Dans l'exercice des fonctions du ministre, à 340, on va rajouter qu'il peut obtenir des informations des établissements, "à l'époque et dans la forme qu'il détermine, les renseignements nominatifs ou non, prescrits par règlement" prévu en vertu de... Pas prévu, mais adopté en vertu de ce qu'on a vu tantôt, 410.10° et 11°. Mais le ministre, ses informations, il va d'abord devoir, dans la pratique, je pense bien, les détenir de la régie régionale.
(16 h 15)

M. Charlebois: Non. Il les détient des établissements. Les dossiers, les renseignements...

M. Trudel: Oui, oui, là, je comprends. Je comprends. Les renseignements pour l'exercice de ses responsabilités ne transitent pas par les

régies. Le ministre va aller les chercher directement dans les établissements, soit. Les régies, pour accomplir leur travail, vont devoir collecter des renseignements auprès des établissements aussi.

M. Charlebois: L'article 292.

M. Trudel: Oui, 292. D'abord, pourquoi le ministre n'irait pas les chercher à la régie ces renseignements? L'économie générale du projet de loi, c'est de dire: Maintenant, j'ai 17 régies régionales qui sont pleinement responsables au niveau d'un ensemble de fonctions, responsabilités pour la dispensation de services de santé et de services sociaux. C'est eux, d'abord, qui vont être les mandataires, qui vont être les interlocuteurs au niveau du ministère. Alors, je me fais l'obligation d'un article pour aller chercher les renseignements dans les établissements. On comprend tout ça pourquoi l'économie générale de la discussion est faite là-dessus.

Mais c'est parce que le signe qui semble être donné ici, si on conserve "nominatifs ou non", c'est au ministère... Le ministre, pour exercer ses responsabilités... Allez-y directement dans les établissements, et on peut comprendre pourquoi. La base de données, évidemment, elle va se retrouver d'abord dans les lieux d'exercice des activités. Mais ce que ça évoque aussi, c'est le danger du double fonctionnement. Si le ministère, dans l'exercice de ses responsabilités, a besoin - moi, je pense qu'il va en avoir besoin inévitablement, c'est impensable autrement - d'aller chercher ça au niveau des établissements, il va comme s'installer un double fonctionnement au niveau de l'ensemble des programmes. La régie régionale, à l'intérieur de ce qui a été décrit - il n'y a pas de problème là - va faire son travail au niveau régional, et on va doubler tout ça.

Là, je ne suis pas surpris de la déclaration du ministre qui, au départ, nous disait, sauf erreur, que dans toute l'opération régionalisation... Il l'a même dit, à la fin de la commission parlementaire, en juin: Il n'y aura pas de déplacement de personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux vers les régions parce que je conserve un certain nombre de responsabilités et un exercice des responsabilités de façon autre. Par ailleurs, je pense qu'on apprendra dans les jours qui viennent qu'il faudra ajouter, effectivement, dans les régies régionales, du personnel pour accomplir les nouvelles responsabilités qui sont confiées. On est en train de s'en aller vers une doublure du système au niveau de la gestion.

M. Côté (Charlesbourg): Non. Il y a des responsabilités qui sont celles du ministre et qui ont toujours été claires. Dans ces responsabilités, ne jamais oublier que des plans régionaux d'organisation de services découleront d'orientations que le ministère aura lui-même données,

donc d'un cadre qui ne peut pas se faire tous azimuts. Il y a une direction que va donner le ministère, des balises pour la réalisation des plans régionaux d'organisation de services qui vont être faits par les régies régionales, et qui vont être soumis pour approbation au gouvernement.

Donc, le gouvernement, il reste là. Même si on voulait dire demain matin qu'il ne reste plus, les 12 000 000 000 \$, il y a quelqu'un qui va en être responsable quelque part. On l'a vu dans Montmorency, on est au moins responsable des taxes. Bon. Si on n'est pas responsable des dépenses, on est au moins responsable des taxes, le monde nous l'a dit.

M. Trudel: Pour un bon petit bout de temps.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Alors, à partir de ça, il y a des responsabilités qui sont, bien sûr, ministérielles et qui vont continuer. Il y en a une autre responsabilité qui demeure ministérielle, c'est l'autorité au-dessus des régies régionales qui, en tout temps, peut aller chercher de l'information dans la partie dont on a toujours parlé, l'"après", pour être capable de vérifier un certain nombre de choses, si ça se fait en conformité avec les mandats qui ont été donnés. Ça aussi, c'est important.

Donc, dans le libellé qui est là, des renseignements nominatifs ou non. Dans le nominatif, c'était clair depuis le début, le nominatif, il n'y en a pas dans les régies régionales. Je ne pense pas que ce soit ça qui crée un problème. Quand on dit: ou non... Évidemment, il faut laisser au ministre le pouvoir d'exercer ses fonctions. Ça lui prend certaines balises pour exercer ses fonctions. Si, demain matin, on est obligé de mettre en tutelle quelqu'un, que tu lui demandes des renseignements et qu'il ne veut pas te les transmettre, il faut au moins que le ministre ait le pouvoir ultime d'aller chercher ces renseignements-là. Ça m'apparaît assez important aussi.

M. Trudel: Je suis tout à fait d'accord avec cet aspect-là. Là-dessus, je n'ai pas de difficulté. C'est parce que je découvre deux signaux: dans les échanges que vous avez eus, il y a, comme ici, une indication que les régies régionales, de toute façon, au niveau ministériel, on n'a pas besoin de ça. Je ne dis pas de vous. Je ne dis pas ça de la pensée ministérielle. Je dis: Dans ce qui a été le signal qui semble être observé ici, c'est: Voyez-vous, les établissements à la base, ça, c'est important, c'est là que va se passer l'action; les régies régionales, on n'a pas besoin de ça.

M. Côté (Charlesbourg): Non. Très honnêtement, je suis capable de faire des aveux quand ils m'apparaissent vrais et réels. Je ne voudrais pas qu'on parte sur une tangente qui ne serait

pas vraie et dont on devrait tirer... Ce n'est certainement pas là. Si on a à tirer éventuellement, ce n'est certainement pas là qu'il faut tirer.

Quand on relit l'article 292 que nous avons adopté au mois de juin, avant de partir, il y avait une indication assez claire qui va dans le sens de ce qu'on fait là. Donc, il ne faut peut-être pas tirer la conclusion que ce qu'on fait là, à l'article 340.1, c'est la conséquence des échanges qu'on a eus avec les médecins. Non. L'article 292 qu'on a adopté au mois de juin, c'était ça aussi. Ce qui a été clarifié, c'est "non nominatifs" par une autre phrase qu'on retrouve un peu partout, qui semble... Elle est peut-être plus claire pour tout le monde, d'après ce que j'ai compris. Donc, l'indication ne vient pas des échanges qu'on a eus. L'indication était là avant même qu'on ait ces échanges-là.

M. Trudel: Là, je dis que si on voulait vraiment être complet et prévoir toutes les éventualités... ajouter dans cet article: le ministre peut requérir qu'un établissement "ou une régie"...

M. Charlebois: C'est parce qu'une régie ne possède pas de renseignements nominatifs, ne possède pas de dossiers de bénéficiaires.

M. Trudel: Mais il s'agit des deux catégories de dossiers, ici. Je veux dire: Ou c'est d'un bord... Ou vous enlevez "ou non", ou on rajoute les régies, de deux choses l'une.

M. Côté (Charlesbourg): Un petit point d'éclairage qui peut nous permettre de comprendre. C'est dans la mesure où on l'insérerait là. Ça peut limiter, par rapport à des articles déjà adoptés, 266, 287, 292, 300 et 303, ce qu'elle peut déjà nous transmettre.

M. Charlebois: Il y a une série d'articles qui précisent ce que le ministre peut requérir d'une régie régionale, et ce qu'une régie régionale doit transmettre au ministre. Il n'y a qu'un seul article, qui est l'article 340, qui précise ce que le ministre peut requérir des établissements. L'article 340 vise spécifiquement les établissements.

M. Trudel: Voulez-vous m'énumérer les autres sur...

M. Côté (Charlesbourg): Les articles 266, 287, 292, 300 et 303. On a déjà adopté les articles 266 et 292. Donc, ceux-là, on les connaît. Les articles 287, 300 et 303... 303 est fait aussi. Dans le cas de 287, c'est: "Le directeur doit informer sans retard le ministre de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé publique." Donc, ça me paraît un peu normal, merci. L'article 300, c'est: "Toute

régie régionale doit, au plus tard le 30 juin de chaque année, faire au ministre un rapport de ses activités pour l'année se terminant le 31 mars précédent. Ce rapport doit aussi contenir tous les renseignements que le ministre peut prescrire..."

La difficulté que vous percevez, c'est dans "nominatifs ou non." Dans le nominatif, le problème est assez clair, c'est qu'ils n'ont pas de renseignements. Donc, comment est ce qu'on on demanderait, ils ne pourraient pas en transmettre. Pour le non nominatif, il y a d'autres articles qui prévoient le transfert de ces... Ce n'est pas dans le but de limiter. Si on l'incluait là, c'est qu'on limiterait davantage.

M. Trudel: Oui, vous limiteriez davantage dans le sens où vous seriez astreint à la réglementation. N'est-ce pas?

M. Charlebois: Il me semble...

M. Trudel: Vous divergez sur mon interprétation.

M. Charlebois: Oui, tout à fait. Il me semble que ce serait... Quand on lit tous les articles ensemble, 266, 287, 292, 300, 303, si on rajoute ça à l'article 340, on se place un peu en contradiction. Il faut lire tous les articles, les uns par rapport aux autres. Alors, quand on dit à l'article 340.1 qu'il s'agit d'un renseignement concernant les besoins et la consommation de services, si on revient aux articles 266, 287, 292, ça touche ces objets. Alors, qu'est-ce qui prévaudrait? Est-ce que c'est l'article 341.1 ou les autres articles?

M. Trudel: Vous allez être d'accord avec moi que les mêmes renseignements peuvent être obtenus sans la prescription réglementaire dans le cas des régies, et doivent faire l'objet d'une prescription réglementaire dans le cas des établissements. Vrai ou faux?

M. Charlebois: Les mêmes renseignements?

M. Trudel: Le même type de renseignements. Vous pouvez les obtenir de la régie par des articles de la présente loi qui obligent la régie à transmettre ces informations au ministre pour le même type de renseignements. On parle des non nominatifs, on s'entend. Quand il s'agit d'une information en provenance d'un établissement, ça, c'est soumis à la procédure réglementaire.

M. Iglesias: Les renseignements que la régie va chercher auprès de l'établissement, donc, sa banque de données non nominatives - si on peut l'appeler ainsi - elle est soumise également au règlement?

M. Trudel: Oui. Oui.

M. Iglesias: À l'article 292?

M. Trudel: Oui. Mais, pour l'instant, la question est la suivante. Quand le ministre, dans l'exercice de ses fonctions, a besoin d'une information à caractère non nominatif, juste cette catégorie-là, quand il va la chercher dans un établissement, il faut qu'il fasse un règlement. Quand il veut l'avoir d'une régie régionale, il n'a pas besoin de passer par un règlement.

M. Iglesias: Mais la régie l'a obtenue en fonction d'un règlement, à l'article 292.

M. Trudel: Oui, la régie l'a obtenue en vertu d'un règlement.

M. Iglesias: Bon, alors la banque constituée est obtenue en fonction d'un règlement.

M. Trudel: Alors, là, vous dites... Ce que vous dites, c'est ce qui a été obtenu par règlement. Ce que j'obtiens aura fait l'objet d'une réglementation quelque part.
(16 h 30)

M. Iglesias: C'est ça, mais la banque constituée, elle est constituée en fonction d'un règlement. Il faut le passer par le même moulin. Par contre, le ministre peut aller directement, par règlement, chercher le renseignement dans certains cas où, entre autres, à la limite, il faut exercer un pouvoir sur l'action et sur la gestion de la régie. Donc, il ne faut pas le limiter uniquement à la banque. S'il y a malversation, "malgestion", il faut aller chercher les renseignements directement, à la limite.

M. Charlebois: En réalité, cet article-là vise à permettre au ministre d'alimenter des systèmes clientèles. On a parlé de MEDECHO et il y a d'autres systèmes qui sont en élaboration. Les systèmes clientèles sont alimentés à même des données nominatives, comme à même des données non nominatives. À la limite, on pourrait dire que le ministre est tenu, par règlement, de préciser les renseignements nominatifs qu'il va requérir des établissements et, à la limite, on pourrait ne pas assujettir le ministre, pour la collecte de renseignements non nominatifs, à un règlement. C'est véritablement par souci de transparence, comme c'est le cas à l'heure actuelle, parce que, quand on regarde le règlement qui permet au ministre d'alimenter les systèmes clientèles, une bonne partie des renseignements est non nominative et une partie est nominative.

Mais, ce qui a été décidé... L'orientation du législateur, jusqu'à présent, a été que ce soit le plus transparent possible, et c'est dans cette perspective-là que c'est fait. Le ministre, pour alimenter ses systèmes clientèles, va s'adresser directement aux établissements. Il ne les alimentera pas en passant par la régie régionale qui,

elle, va avoir élaboré des banques de données pour d'autres fins, pour ses fins propres. C'est possiblement incomplet pour les fins du ministre. Ce que le ministre va chercher auprès des régies, encore une fois, c'est ce qu'on a aux autres articles, c'est des rapports, des données agrégées.

Le choix qui a été fait - c'était déjà fait en juin, quand on regarde l'article 292 - c'est qu'il n'y aura qu'un seul endroit au Québec, et non pas 17, où des banques de données nominatives seront constituées. On minimise les risques de dérapage ou de coulage d'information. Il y a un seul endroit. Ça existe déjà depuis une vingtaine d'années. C'est fait selon les règles de l'art, il n'y a jamais eu de bavure et les systèmes de sécurité sont très exhaustifs au ministère. C'est cette orientation qui est maintenue.

M. Trudel: Oui, je me souviens très bien qu'on s'était donné cette garantie, cette balise que les renseignements à caractère nominatif ne pouvaient pas se ramasser un peu partout dans le décor. On s'était donné cette police d'assurance là. Mais ce qui me surprend un petit peu ici, c'est qu'on fasse l'obligation de la réglementation pour le ministre, s'il doit aller chercher de l'information à caractère non nominatif dans les établissements, et qu'on ne le fasse pas pour la régie.

Donc, quand la régie détiendra ces informations à caractère non nominatif, elle les aura obtenues par l'obligation d'une réglementation. Par ailleurs - ce n'est pas ici qu'il faut en discuter, on va y revenir plus tard - je m'inquiète de la dernière partie de l'information où l'on dit: Bien oui, pour le système clientèle, pour le fichier clientèle du ministre, nous, on a besoin des informations à la base pour l'exercice des fonctions ministérielles: planification, dispensation et répartition des budgets, etc. C'est tout à fait normal. Par ailleurs, les régies vont se constituer d'autres systèmes d'information et de gestion pour les fins de l'exercice de leurs fonctions à elles. Dans l'économie générale du projet de loi, on disait: Maintenant, les responsabilités vont s'exercer au niveau régional. Je ne suis pas naïf au point de dire: Là, ça voudra dire que le ministère n'est plus responsable de rien, et qu'il n'a plus besoin d'avoir de données, etc. Ce que je souhaite, pour l'instant, c'est qu'il n'y ait pas dédoublement de tout.

M. Côté (Charlesbourg): La planification part d'abord du ministère. La planification - la base de l'ensemble de l'exercice - part du ministère. Qu'on aime le 1 ou pas, qu'on le trouve fort ou pas, ça demeure encore ça. Je ne recommencerais pas toutes les discussions qu'on a eues, à un moment donné, en me disant que c'est moins régionaliste. Peut-être qu'on aurait pu aller plus loin pour satisfaire mes idées à moi, mais le gouvernement, lui, n'est pas prêt à aller

aussi loin que ça parce que c'est une étape. On en a parlé abondamment.

M. Trudel: On a mis ça clair.

M. Côté (Charlesbourg): Il faut que la planification de l'"avant" demeure la responsabilité du ministère en collaboration avec, bien sûr, les régies parce que ça doit descendre. Le "pendant", c'est leur affaire. Pour l'"après", il faut quand même avoir des outils de gestion pour nous permettre de vérifier un certain nombre de choses aussi. Ça ne veut pas dire que...

M. Trudel: Il ne faudra pas que tout ça se fasse parce que c'est une étape, et parce qu'on ne sait pas comprendre le mécanisme. Le gouvernement ne s'est pas rendu là. Si tout ça se traduit par un dédoublement administratif, on va avoir consacré du fric pour franchir cette étape-là, non pas à des services, mais à bâtir des systèmes d'information, de gestion, de planification et de contrôle.

M. Côté (Charlesbourg): J'ai l'impression qu'il y a un sujet qui va attirer notre attention au cours des prochains jours...

M. Trudel: Peut-être.

M. Côté (Charlesbourg):... dont on aura éventuellement à parler. On a quelques affaires à dire, nous autres aussi, là-dessus. Adopté.

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 340.1 est adopté.

M. Trudel: Adopté.

Le Président (M. Joly): Le nouvel article 340.1 est adopté. M. le ministre, nous appelons l'article 18.

M. Côté (Charlesbourg): L'article 18, M. le Président.

M. Trudel: Pour le temps qu'il reste à facturer.

Résidents en médecine

M. Côté (Charlesbourg): L'article 18. On entre donc dans notre deuxième grand chapitre, les médecins, et ça concerne tout particulièrement les résidents. En ce qui concerne les résidents, ce seront donc les articles 18, 20 et 162.

L'article 18, M. le Président. Insérer, dans la dernière phrase du deuxième alinéa, après le mot "stagiaire", les signes et les mots "; y compris un résident en médecine". Donc, ça se lirait, si on veut, pour se comprendre, surtout le deuxième alinéa du 18 qui a peut-être de l'inté-

rêt pour nous: "Le premier alinéa ne s'applique pas lorsque le renseignement a été fourni par un professionnel de la santé ou des services sociaux ou par un employé d'un établissement dans l'exercice de leurs fonctions. Aux fins du présent alinéa, un stagiaire, y compris un résident en médecine, est assimilé à un professionnel de la santé ou des services sociaux." Le Dr Iglesias va vous donner ce qui supporte cet amendement, compte tenu de l'évolution d'un certain nombre de choses dans le domaine de la médecine.

M. Iglesias: C'est un changement récent au niveau du vocabulaire et de la structuration de la formation postdoctorale. Jusqu'à il y a trois ans, on appelait "stagiaire" quelqu'un qui n'avait pas encore son diplôme de médecine; donc, qui était en troisième ou quatrième année. On les appelait aussi externes. Depuis deux ans, maintenant, pour appeler quelqu'un "médecin", il faut qu'il ait complété soit sa médecine de famille ou sa spécialité. Alors, maintenant, le nouveau vocabulaire employé dans les milieux de formation, c'est "stagiaire en médecine". Ça ne comprend pas seulement les gens avant leur MD, mais également les gens qui sont en formation postdoctorale jusqu'à l'obtention de leur diplôme de médecine de famille ou de spécialité. Pour bien spécifier ça, on ajoute ici que le mot "stagiaire", dans notre nouveau contexte, comprend ce qu'on appelle aussi les résidents en médecine. C'est pour ne pas qu'il y ait de la confusion dans le vocabulaire, uniquement ça.

M. Trudel: Quand vous dites "postdoctorale", ce n'est pas au sens usuel d'avoir fait un doctorat de troisième niveau..

M. Iglesias: Non. C'est au sens usuel, ici...

M. Trudel: Des études de premier cycle...

M. Iglesias:... d'avoir fait son MD.

M. Trudel:... en médecine.

M. Iglesias: C'est ça, exactement. "Formation postdoctorale", dans notre vocabulaire, veut dire des gens qui sont en formation - médecine de famille ou spécialité - qui, maintenant, obtiennent également des universités un diplôme de deuxième cycle, au terme de ça.

M. Trudel: En spécialité.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Mais au niveau de la médecine générale.

M. Iglesias: Ils obtiennent un diplôme de deuxième cycle.

M. Trudel: Ils obtiennent un diplôme de deuxième cycle?

M. Iglesias: C'est assez nouveau.

M. Trudel: L'an passé?

M. Iglesias: Depuis trois ans. Il y a des universités qui ne le donnent peut-être pas encore.

M. Trudel: Aussitôt que j'ai lâché les systèmes d'universités, ils ont tout viré ça à l'envers!

M. Côté (Charlesbourg): Ça a beaucoup évolué depuis que vous êtes parti.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: On ne donnait pas ça de même, des diplômes, dans mon temps.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Iglesias: On peut dire que ce sont des diplômes professionnels, il y a des maîtrises professionnelles.

M. Trudel: Oui, parce que ça correspond à plus qu'une troisième année de formation.

Le Président (M. Joly): Ce n'était pas contournable.

M. Trudel: Alors, ce qu'on avait prévu donc, au mois de... Ça, c'est au mois de l'article 18!

M. Côté (Charlesbourg): Il y a quelques années.

M. Trudel: Il y a quelques années. Donc, le mot "stagiaire" n'incluait pas nécessairement...

M. Côté (Charlesbourg): C'est au mois de mars.

M. Trudel: ...les résidents. Au mois de mars.

M. Côté (Charlesbourg): Le 27 mars.

M. Trudel: Quelle date?

M. Côté (Charlesbourg): Le 27 mars, la journée de mon anniversaire. C'est extraordinaire, vous avez dû me le donner parce que c'était mon anniversaire. Je suis convaincu...

M. Trudel: C'est pour ça que ç'a été vite...

M. Côté (Charlesbourg): ...de ça.

M. Trudel: ...cette journée-là. Vous vous

souvenez, on en avait adopté trois, cette journée-là.

M. Côté (Charlesbourg): Oui!

Une voix: Un beau cadeau.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Donc, c'est pour couvrir une réalité de l'évolution du langage...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: ...actualiser, ce qui fait qu'un résident, maintenant, ce n'est pas nécessairement assimilé à un stagiaire.

M. Iglesias: "y compris un résident en médecine". On l'assimile à un stagiaire, mais on précise que les résidents en médecine sont compris dans les stagiaires. Lorsqu'on dit "Aux fins du présent alinéa, un stagiaire, y compris un résident en médecine", il y a une nouvelle race de stagiaires qui sont des résidents en médecine.

M. Trudel: Ah oui!

M. Iglesias: Ce n'est pas encore rentré dans les oreilles de tout le monde.

M. Trudel: Adopté.

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

Le Président (M. Joly): Alors, l'amendement à l'article 18 est adopté. L'article 18 est adopté, tel qu'amendé. J'appelle l'article 20.

M. Côté (Charlesbourg): Remplacer le deuxième alinéa par le suivant: "Le premier alinéa n'a pas pour objet de restreindre les communications normales entre un usager et un professionnel de la santé et des services sociaux ou un employé d'un établissement. Aux fins du présent alinéa, un stagiaire, y compris un résident en médecine, est assimilé à un professionnel de la santé ou des services sociaux."

Une voix: Une concordance.

M. Côté (Charlesbourg): C'est la même chose. C'est une concordance. C'est le même "y compris un résident en médecine" qui est inséré dans l'article, après "stagiaire".

M. Trudel: C'est-à-dire qu'ici il est assimilé à un professionnel; dans 18, il était assimilé à un stagiaire.

M. Iglesias: Ici, le stagiaire est associé à un professionnel. Le stagiaire est assimilé à un professionnel, le résident est assimilé à un

stagiaire, donc il est assimilé à un professionnel aussi. C'est ça qu'on dit. On lisait dans le...

M. Trudel: Oui, oui, je sais.

M. Iglesias: On disait...

M. Trudel: C'est parce que ce n'est pas de la parfaite concordance. Tantôt, on disait: C'est un stagiaire.

M. Iglesias: O. K.

M. Trudel: Alors, le résident, c'est un stagiaire. Un stagiaire, ça comprend un résident.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Ici, on dit: C'est un professionnel. C'est-à-dire que, quand on parle d'un professionnel, c'est aussi un stagiaire, pardon, un résident.

Une voix: C'est pour les fins...

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça, mais il ne faut pas oublier ce qu'on a fait avant.

M. Trudel: Non, non.

M. Côté (Charlesbourg): C'est pour ça que ça continue, c'est en continuité. Si ce n'est pas en concordance, c'est à tout le moins en continuité.

M. Trudel: Non. Celui-là, je me souviens qu'on avait eu une bonne discussion là-dessus. Enfin, j'avais eu comme information - je sais très bien, à l'époque - qu'on n'avait pas besoin de préciser que les stagiaires, que les résidents, pardon, le langage qu'on employait à l'époque, qu'on devait préciser ça dans la loi. C'est la même chose ici. On sent le besoin de le préciser parce que la relation entre l'utilisateur et le producteur, quand il s'agit d'un producteur résident, effectivement, elle est soumise aux mêmes caractéristiques que celles des professionnels puisqu'il a terminé sa formation, et qu'il est en instance de terminer avant de détenir le diplôme de deuxième cycle.

M. Iglesias: D'ailleurs, ça fait partie du processus pédagogique. Il faut que, de façon progressive, il s'assimile aux différentes responsabilités d'un professionnel. C'est le processus pédagogique, la médecine est comme ça.
(16 h 45)

M. Trudel: Ah! O. K. Ça veut dire que tous les autres stagiaires dans les secteurs professionnels autres que la médecine sont aussi couverts.

M. Iglesias: C'est ça, exactement. La volonté, c'est d'inclure les résidents dans les

stagiaires, pour qu'on se comprenne bien. Ça pourrait être un stagiaire.

M. Trudel: Non, c'est parce que, dans ce que nous avons adopté, nous n'avions pas mentionné spécifiquement la question des stagiaires. Là, on les mentionne spécifiquement et, de plus, on fait en sorte que le stagiaire puisse également être un résident. On l'ajoute et on précise qu'un résident, c'est un stagiaire également.

M. Iglesias: C'est ça. Un stagiaire dans d'autres disciplines, c'est un stagiaire. Il est assimilé à un professionnel. Par contre, dans certains articles, il y aura peut-être une différence tantôt par rapport au stagiaire résident en médecine, par rapport aux autres stagiaires, mais, de façon globale, il est assimilé.

M. Trudel: Puisqu'on ouvre à nouveau cet article-là, il n'y a pas d'autres réflexions qui se sont ajoutées sur... À l'époque de la discussion que nous avons eue sur l'article 20, en particulier, l'association des CSS nous avait fait la remarque que, dans le cas des poursuites judiciaires, il y aurait avantage à assouplir un peu cet article-là dans le sens où il pourrait arriver que, dans le cas - citons-le - d'abus sexuel, par exemple, de la part des parents - ça existe - il y aurait l'intérêt pour l'utilisateur de moins de 14 ans de connaître un renseignement de nature médicale ou sociale dans son dossier. Il n'y a pas eu de reconsidération de cette question-là, à ce niveau-là?

M. Côté (Charlesbourg): Non. Il y a peut-être eu des discussions, des échanges hors de ma connaissance, mais je prends une note pour bien m'assurer que je possède toute l'information à ce niveau-là.

M. Trudel: Bon. Alors, là-dessus, si vous pouviez prendre une note, et que nous puissions nous donner la permission d'y revenir d'ici la fin, s'il y avait des modifications possibles, parce que nous étions au début de la commission. Je dois vous dire, en tout cas, personnellement, je souligne que ça m'a fait quelques petits remords de ne pas avoir été aussi virulent sur cet article-là; pas virulent, mais de ne pas avoir été plus loin que cela. Effectivement, d'autres informations ont indiqué que ce serait peut-être utile d'apporter certains ajustements, en particulier pour les poursuites judiciaires, pour les enfants de moins de 14 ans, concernant les catégories de personnes. Peut-être que mon information à ce jour est encore un peu déficiente, on pourrait la vérifier. Je ferai également la même chose de mon côté, et nous pourrions y revenir.

M. Côté (Charlesbourg): Je vais vérifier, et

ça ne nous empêche pas de revenir sur l'article quand j'aurai toutes les informations.

M. Trudel: O.K.

M. Côté (Charlesbourg): Je ferai une petite note et on reviendra.

M. Trudel: O.K. Alors...

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 20 est adopté?

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

M. Trudel: Vive les stagiaires résidents et les résidents stagiaires.

Le Président (M. Joly): L'article 20 est adopté, tel qu'amendé. J'appelle l'article 162.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer, dans le premier alinéa, après le mot "stagiaires", les signes et les mots ", y compris des résidents en médecine.". Donc, c'est le même... C'est toujours le même principe.

Une voix: L'article 162?

M. Côté (Charlesbourg): Oui... Oui, il y avait eu un amendement parce que, dans mon petit cahier vert dont on m'a remis une copie, il y avait des caractères gras. Donc, il y avait eu un premier amendement par rapport à...

M. Trudel: Alors là, c'est "mut. mut".

M. Côté (Charlesbourg): Oui, "mut. mut".

M. Trudel: "Mut. mut.", "mut. mut.", **M.** le Président.

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 162 est adopté. L'article 162 est adopté, tel qu'amendé. L'article 139 est appelé.

M. Côté (Charlesbourg): On a terminé les résidents et on entre donc dans les plans d'organisation. Donc, 139, M. le Président...

Une voix: Il arrive.

M. Côté (Charlesbourg): L'article 139. 1° Ajouter, à la fin du premier alinéa, les mots "ainsi que les programmes cliniques". 2° Ajouter, après le premier alinéa, l'alinéa suivant: "Le plan d'organisation de l'établissement indique, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou, selon le cas, du service médical visé à l'article 141, de quel département ou service relèvent les actes médicaux ou

dentaires d'un programme clinique."

Il est clair que, si on lisait 140, ça nous donnerait une bonne petite idée de ce qui... Il y a une,, continuité dans tout ça, et "plan d'organisation", "département", comme on le voit aux articles 139, 140, 141, et "chef de département", de 141.2 à 141.6. Donc, c'est la même logique et peut-être que le Dr Iglesias ou Maurice... Semble-t-il qu'ils ont passé au moins trois nuits là-dessus.

M. Trudel: Hein! Pardon? Vous avez l'impression qu'on va passer trois nuits?

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Oh! là, là!

M. Charlebois: Non, c'est déjà fait.

M. Iglesias: On les a passées.

M. Côté (Charlesbourg): Il ne faudrait pas nous appliquer la même médecine.

M. Charlebois: C'est déjà fait. Ça va être difficile, on a maintenu un... Bon. Pour comprendre 139, il faut, comme on l'a dit, faire un retour à 140. Cette section porte sur le plan d'organisation. À l'article 140, au mois de juin, une proposition d'amendement avait été avancée en vue d'ajouter, au département clinique et au service clinique, les programmes cliniques. À l'analyse, quand on regarde la portée de 140, notre objectif n'était pas de faire en sorte que les médecins relèvent, sur le plan professionnel, d'une structure de programme, mais qu'ils relèvent toujours d'un département clinique ou d'un service clinique, de telle sorte qu'en laissant "programmes cliniques" à l'article 140 ça pouvait susciter une confusion quant à l'intention réelle, quant à la supervision professionnelle du médecin.

Nous proposons donc de rouvrir 139, et de préciser à l'article 139 qui, lui, est un article général qui s'applique à toute catégorie d'établissements et non pas uniquement aux centres hospitaliers comme l'article 140, de préciser que le plan d'organisation d'un établissement prévoit... c'est-à-dire que les structures administratives prévoient les directions, services, départements et programmes. Donc, dans la loi, on inscrit cette notion de programme qui constitue un type de regroupement administratif qui se répand de plus en plus, et qui est quand même une réalité dans un nombre d'établissements assez considérable. Voilà pour le premier amendement à 139.

Le deuxième amendement vient préciser que le plan d'organisation indique, sur recommandation du CMDP ou du service médical, selon le cas, de quel département ou service relèvent les actes médicaux. Alors, on parle des actes médicaux ou dentaires posés, donc de quel départe-

men! Ils relèvent. À l'article 140 qui, lui, vise les centres hospitaliers, nous retrouvons la référence aux départements et services cliniques qui doivent exister dans chaque centre hospitalier. Le plan d'organisation doit prévoir comment sont distribués ou affectés les médecins dans ces départements ou services.

Alors, ces deux articles, il faut les lire ensemble. Ce qu'ils permettent, c'est d'introduire dans la loi la possibilité que les plans d'organisation prévoient des programmes cliniques. Ça permet d'introduire que les programmes cliniques, quant aux actes médicaux, ne constituent pas une structure professionnelle. Au niveau des hôpitaux, ça permet de clarifier l'organisation professionnelle, comment elle est faite.

Un peu plus loin, on va voir avec les chefs de département, etc., les responsabilités des chefs qui, eux, sont des chefs de département, bien sûr, qui ont une responsabilité d'encadrement professionnel des médecins.

M. Trudel: Oui. Je dis oui, oui jusqu'ici...

M. Charlebois: C'est un peu la structure matricielle qui existe déjà dans bon nombre d'établissements...

M. Trudel: Qu'est-ce qui existe, actuellement, sur le plan de la législation?

M. Charlebois: La notion de programme n'existe pas tandis que les départements et services cliniques, ça existe. Donc, 140, tel que libellé, c'est, à toutes fins utiles, la reconduction de ce qui existe à l'heure actuelle. Il prévoit donc que, dans les centres hospitaliers, les médecins relèvent de départements ou de services cliniques, qu'ils relèvent de chefs de département, et que les chefs ont une responsabilité d'encadrement professionnel.
(17 heures)

M. Trudel: Quand on parle d'un programme clinique, donnez-moi un exemple concret. C'est quoi un programme clinique dans un centre hospitalier? Évidemment, par référence à...

M. Iglesias: Le programme de périnatalité.

M. Trudel: Oui, mais celui ou celle qui réalise des actes...

M. Iglesias: Médicaux dans le programme de périnatalité, par exemple.

M. Trudel: Il est toujours rattaché à un département clinique.

M. Iglesias: Au département de médecine générale ou au département de gynéco-obstétrique, mais il vient travailler dans le programme de périnatalité. S'il fait des activités... Là, on

parle, ici, d'actes médicaux et non pas d'activités médicales, activités faites par un médecin. Les actes médicaux, c'est des actes de médecine, l'exercice de l'art, de la science de la médecine. S'il fait un accouchement dans le cadre de ce programme, il relève, à ce moment-là, de son département et de son chef de département. Ça, c'est un exemple. Ça peut être un programme pour personnes âgées.

M. Trudel: Prenons la périnatalité, par exemple, le médecin de médecine générale qui va aller réaliser un acte.

M. Iglesias: Si c'est pour planifier une activité ou pour organiser, donner des avis sur l'organisation des cours prénataux, à ce moment là, c'est une activité médicale, ce n'est pas nécessairement un acte médical comme tel. Il fait partie du programme, mais, s'il fait un geste, il pose un geste médical.

M. Trudel: Ah! C'est quand il pose le geste médical.

M. Iglesias: Il est sous l'autorité professionnelle de son département, de son chef de département et du CMDP et non pas du chef de programme.

M. Trudel: Non, ça n'existe pas.

M. Iglesias: Quoi? Un chef de programme?

M. Trudel: Un chef de programme clinique, est-ce que ça existe?

M. Iglesias: Ça peut exister. Ça peut être un coordonnateur de programmes. Si l'établissement a le loisir d'établir un... On dit: de direction, services et programmes, mais il peut mettre des chefs de service, des chefs de programmes, des coordonnateurs de programmes. Pourquoi pas? À ce moment-là, lorsqu'il fait un acte médical, il n'est pas sous l'autorité professionnelle du coordonnateur des programmes. Il est sous l'autorité du chef de département, ce qui est normal dans la façon dont la médecine s'exerce. Parce que le chef des programmes n'est pas nécessairement un médecin et n'est pas nécessairement... Il ne faut pas se condamner à ça non plus, il ne faut pas arriver à cette situation que, parce qu'il y a deux médecins qui exercent là, le chef des programmes doit être un médecin. Le programme, c'est une structure matricielle qui peut traverser plusieurs entités administratives et plusieurs entités départementales médicales.

M. Trudel: Là, ce qu'on dit, à 139, c'est que le plan d'organisation de l'établissement, il va devoir comporter une information supplémentaire par rapport à ce qui était prévu. C'est dans le cas du service médical visé à 141.

M. Iglesias: Vous n'obligez pas les établissements à faire des programmes, là.

M. Trudel: Non, non, non, non.

M. Iglesias: Vous les obligez à préparer un plan d'organisation administrative, professionnelle et scientifique.

M. Trudel: Mais ils vont être obligés de préciser...

M. Iglesias: S'il y en a, il faut le préciser.

M. Trudel: ...s'il s'accomplit des actes à l'intérieur d'un programme clinique, de quel département ou service relèvent les actes.

M. Iglesias: C'est ça. Mais vous ne forcez pas non plus l'établissement à faire des programmes.

M. Trudel: Non, non, non.

M. Iglesias: Vous leur demandez de faire un plan d'organisation administrative...

M. Trudel: S'il y a des programmes dans l'établissement...

M. Iglesias: C'est ça et si...

M. Trudel: ...ou s'il est défini ou s'il existe.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Si on veut faire exister des programmes cliniques.

M. Iglesias: Et les médecins participent à ces programmes.

M. Trudel: Et les médecins participent à ces programmes. Les actes médicaux ou dentaires qu'ils réaliseraient à l'intérieur de ces programmes, l'établissement devra préciser, définir dans son plan d'organisation de quel département relèvent les actes.

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel: Un médecin de médecine générale qui interviendrait en périnatalité ou peu importe dans quel secteur, normalement ce que vous me dites, c'est que l'acte qu'il réalise va relever...

M. Iglesias: Du chef.

M. Trudel: ...du chef de département de médecine générale.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Même si c'est en périnatalité?

M. Iglesias: Oui, pour l'acte. Parce que l'acte médical suppose une conformité à des règles de soins qui sont naturellement recommandées au conseil d'administration par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, suppose également une évaluation qui va être faite par les pairs, ses pairs qui viennent de son département et ou de son CMDP. Donc, il faut savoir de qui ça relève, cet acte-là. Sinon, il aurait fallu condamner toujours à désigner un département dit majeur dans le programme pour qu'il supervise tout le monde, médecins et non médecins. Mais ce n'est pas nécessairement un médecin qui va être le chef de programmes ou le coordonnateur. Ce n'est pas désirable. En tout cas, ça n'empêche pas de l'être, mais...

M. Trudel: Jusqu'à maintenant, ça se passait comme cela, mais c'était non réglementé ou, enfin, ce n'était pas au texte de la loi de prévoir dans les plans d'organisation des établissements jusqu'à cette définition des programmes cliniques et de quel département ou service relèvent les actes médicaux ou dentaires à l'intérieur de ces programmes cliniques. C'est-à-dire que les établissements... Vous disiez tantôt: On fait entrer ici une réalité qui existe et qui se répand de plus en plus. Ça se faisait, cette structure matricielle. Là, ce qu'on ajoute, c'est qu'on fait obligation à l'établissement - pour une dimension - dans son plan d'organisation d'inclure dans la description tous ces éléments-là.

M. Iglesias: C'est ça. Pour éviter l'autre effet et garder une cohérence avec la supervision de l'acte médical et le jugement qui doit être porté par rapport à son exécution. Mais, ça, c'est une préoccupation de notre côté à nous que d'introduire cette réalité qui sont les programmes. Et l'on pense que c'est un mode de fonctionnement désirable dans beaucoup de cas, qui permet la multidisciplinarité. Donc, il faut à ce moment-là clarifier les règles du jeu avec les différents intervenants et il faut bien se rendre compte qu'il y a une réalité, dans le centre hospitalier en particulier, qui est l'évaluation de l'acte médical. Si vous voulez, à ce moment-là, on veut entrer la notion de programme et on veut faire cohabiter ça avec la notion de supervision de l'acte médical.

M. Trudel: Et ça, c'est une philosophie, entre guillemets, d'organisation des services dans un centre hospitalier qui est de plus en plus souhaitée comme orientation de la part du ministère?

M. Iglesias: Au niveau des programmes?

M. Trudel: Oui, des programmes cliniques.

M. Iglesias: Les programmes cliniques... Toutes les problématiques qui sont reliées aux personnes âgées, à la réadaptation, demandent des interventions de plus en plus de type programme. Même la plupart des pathologies et des situations comme les maladies cardiaques demandent des approches de type programme où il y a différents intervenants qui sont dedans. C'est sûr qu'il y a beaucoup de cas encore dans les centres hospitaliers où c'est des actes isolés que l'on pose sur un bénéficiaire. Mais il y a beaucoup d'autres cas, de plus en plus, en particulier tout ce qui est relié au vieillissement et aux maladies chroniques, qui nécessitent beaucoup d'intervenants et une approche matricielle et longitudinale, à ce moment-là, en interne et en externe où les gens agissent avec une organisation qu'on appelle programme.

M. Trudel: Mais vous dites que le programme clinique à l'intérieur d'un centre hospitalier n'est pas toujours sous la responsabilité d'un médecin.

M. Iglesias: Pas toujours. Quand je dis "pas toujours", ça peut être rarement. Ça dépend du milieu, ça dépend du programme et ça dépend du centre hospitalier qui le bâtit.

Mme Vermette: Il y a souvent eu des programmes qui ont été faits au niveau du nursing qui relevaient des soins nursing très souvent, notamment, la périnatalité, notamment, pour les personnes âgées, etc. Quel est le lien maintenant qui va rester? Les programmes, c'est quoi exactement? Ça va changer quelque chose à ce niveau-là?

M. Charlebois: C'est que la loi va être explicite. De tels programmes pourront être créés. À l'heure actuelle, ça existe dans les établissements, mais au niveau des centres hospitaliers, de façon très précise, il n'y a pas d'assises et c'est facilement contestable, la création d'un programme. Alors, c'est vraiment introduit à notre demande cette précision, parce qu'il s'agit d'une approche qui se développe, qui se répand et on juge utile qu'il y ait dans la loi des assises pour que ce soit introduit et que ça survive.

Mme Vermette: Je comprends la notion de contrôle au niveau de l'acte médical, mais est-ce que ça pourrait aussi faire l'objet d'une autre forme de contrôle au niveau des programmes par les médecins justement dans un établissement de santé?

M. Iglesias: C'est le contraire que l'on...

M. Charlebois: Ce n'est pas ce que l'article dit.

M. Iglesias: C'est le contraire qu'on veut éviter. C'est-à-dire qu'on veut, comme M. Charlebois dit, donner une assise légale au programme pour que ça fasse partie de l'organisation. Deuxièmement, on veut laisser la liberté à l'établissement de dire: Vous mettez la coordination qui vous semble la plus adéquate. En ce qui a trait aux actes médicaux, faites les superviser par celui qui est le responsable de ce médecin-là. On a bien pris soin d'indiquer là: actes médicaux et non pas activités médicales. C'est beaucoup plus restrictif. Moi, je pense qu'il y a un gain considérable qui a été amené par l'évolution du système.

M. Trudel: Il y a des établissements qui vont, avec la nouvelle règle qu'on va introduire, de cinq médecins et plus oeuvrant en établissement, devoir avoir un CMDP.

M. Côté (Charlesbourg):...

M. Trudel: Le cas classique, c'est évidemment dans le cas des CLSC. Les CLSC, à proprement parler, ne définiront pas le département clinique. Bien sûr qu'ils peuvent avoir ce qu'on appelle des programmes cliniques, n'est-ce pas, docteur?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, ils peuvent avoir des programmes cliniques?

M. Iglesias: Ah, c'est sûr! Clinique ne veut pas dire médical.

M. Trudel: Dans ce cas-là, cette illustration voudrait dire que les actes posés par le médecin, dans la logique de 139, de ce qu'on a rajouté, vont être sous la responsabilité, puisqu'il n'y aura aucun département, forcément... Ce ne sera pas le programme qui va assumer la responsabilité des actes. Ça va relever directement du CMDP parce qu'il n'y a pas de département clinique là-dedans et on ne veut pas, ici, que ça relève, quant aux actes réalisés, d'un programme. Ils seront dans un programme, mais ils ne seront pas...

M. Côté (Charlesbourg): À ce moment-ci, il serait peut-être bon, à la lumière de l'analyse que nos gens ont faite de 139, il y aurait un 139 qu'on pourrait... Peut-être que vous en avez déjà eu une copie. Peut-être le relire et travailler à partir de celui-là pour clarifier les choses. Donc, 139 modifié se lirait comme suit: 1° ajouter, à la fin du premier alinéa, les mots: "ainsi que les programmes cliniques" et, 2°, ajouter, après le premier alinéa, l'alinéa suivant: "Le plan d'organisation de l'établissement indique, sur recommandation du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens, de quel département ou service relèvent les actes médicaux ou dentaires d'un programme clinique ou, sur

recommandation du service médical visé à l'article 141, de quel département ou service relèvent les actes médicaux d'un tel programme clinique."

(17 h 15)

Le Président (M. Joly): Nous retirons le premier amendement, M. le ministre, pour le substituer par celui-ci.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

Le Président (M. Joly): Parfait, merci.

M. Trudel: Mais là...

M. Côté (Charlesbourg): Vous ne suivez plus, là.

M. Trudel: Oui, je suis, mais c'est vous autres qui m'avez mêlé.

M. Côté (Charlesbourg): Comment ça?

M. Trudel: Quand je vous ai dit tantôt que, dans un CLSC, il n'y aurait pas de département clinique...

M. Iglesias: Il va y avoir un service médical.

M. Trudel: Il va y en avoir obligatoirement un. À 141, 3°, je vois ça.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

M. Trudel: Si au moins un médecin exerce sa profession dans le centre, le plan d'organisation doit prévoir la formation d'un service médical ou la nomination d'un médecin responsable des soins médicaux.

M. Iglesias: Mais il n'y aura pas de CMDP.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ce qui existe actuellement.

M. Charlebois: C'est ce qui existe actuellement. Si vous me permettez... Il existe à l'heure actuelle un règlement, depuis 1989, qui a fait l'objet d'une consultation.

M. Trudel: Vous ne me direz pas qu'on a passé tout l'été là-dessus pour découvrir que ça existait déjà. Non, ce n'est pas ça.

M. Charlebois: Ça existait déjà, effectivement. Donc, il existe un règlement qui oblige, en CLSC, lorsqu'il n'y a pas de CMDP, qu'un service médical soit établi. Ce règlement prévoit entre autres que les actes médicaux posés par les médecins sont toujours sous la responsabilité de ce service médical ou du chef de médecine, lorsqu'il n'y a qu'un seul médecin. Donc, c'est

déjà inscrit dans les règlements aujourd'hui. C'est le règlement 78.1.

M. Trudel: Reprenons ça, juste pour la... Je comprends que ça existait déjà par règlement. Dès qu'il y a un médecin qui intervient dans un organisme, il y a département, ou CMDP, ou service médical. Dans la nouvelle définition, quand ils sont cinq et plus, il va y avoir nécessairement... Mais, lorsqu'ils seraient cinq et moins, il va nécessairement y avoir - je dis "département", il ne faut pas que je mélange les mots - un service médical, donc une structure de ça.

M. Charlebois: Je vais vous lire l'article, c'est: Dans le cas d'un CLSC où exerce au moins un médecin, le plan d'organisation doit prévoir la formation d'un service médical ou confier à un médecin responsable des soins médicaux la responsabilité énumérée aux articles qui sont 78.3° et suivants et qui précisent des responsabilités similaires à celle du CMDP. Alors, ça, c'est un règlement qui est en vigueur à l'heure actuelle. À 141, ce qu'on inscrit dans la loi, c'est qu'un tel règlement doit exister en CLSC.

M. Trudel: Et là, parce qu'on est obligé de mélanger les choses dans la discussion, quand on va arriver à 141, vous voulez dire qu'on va, à toutes fins utiles, entrer le règlement dans la loi.

M. Charlebois: Non.

M. Trudel: À 3°.

M. Charlebois: On n'entre pas le règlement dans la loi. On précise dans la loi qu'un tel règlement doit exister. Le règlement d'aujourd'hui a été adopté et repose sur le pouvoir réglementaire du gouvernement et non pas sur une disposition explicite dans la loi qui oblige qu'un tel règlement existe en CLSC. Je ne sais pas si vous me suivez.

M. Trudel: Oui.

M. Charlebois: Ce sera la même chose en centre d'accueil. En centre d'accueil, un tel règlement existe depuis 1982. Je dois peut-être ajouter qu'en CLSC, où les médecins sont rémunérés à honoraires fixes, il existait, dans les ententes avec les médecins, des dispositions sur l'organisation à l'intérieur des établissements. L'orientation du ministère a été de retirer des ententes l'organisation clinique pour plutôt en faire un règlement. Ça a été, en 1989, l'aboutissement de discussions avec les médecins qui ont conduit à l'élaboration et à l'adoption d'un tel règlement.

M. Trudel: Ici, on va renforcer l'assise

législative pour devoir faire exister un règlement en particulier le service médical pour les cinq et moins, là où il y a cinq médecins et moins, parce que ce qu'il faut bien noter, toujours à 3° de 141, c'est que, lorsqu'il y en a au moins un qui exerce, on doit prévoir la formation d'un service médical en établissement; deuxièmement, on doit prévoir qu'il va être chef. S'il y en a un, il y a automatiquement création d'un service médical; deuxièmement, il va être chef puisqu'il faut nommer un chef du service médical. C'est ça, "ces modes de nomination vont être déterminés par règlement".

Alors, là où il y a au moins un médecin qui intervient dans l'établissement, il doit y avoir un service médical, il doit y avoir un chef.

M. Côté (Charlesbourg): Non, c'est un médecin responsable, ce n'est pas un service médical.

M. Trudel: Bien, ça peut être l'un ou l'autre.

Une voix: C'est l'un ou l'autre.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Ce n'est pas l'un et l'autre.

M. Trudel: C'est-à-dire que tu vas devoir prévoir ou la formation d'un service médical ou la nomination d'un médecin responsable.

M. Iglesias: Bien, s'il est tout seul, pauvre diable!

M. Trudel: Bien, pauvre diable, je le plains, oui, parce que là, quand il va recevoir des plaintes sur des actes qui ont été réalisés, médicaux...

M. Côté (Charlesbourg): Des actes... Oui.

M. Trudel: ...ça ne sera pas long, les réunions...

M. Iglesias: On a prévu une mécanique.

M. Trudel: Oui? En quelque part, il y a une mécanique?

M. Iglesias: Oui. Vous pouvez nous croire sur parole, il y en a une.

M. Trudel: Je ne sais pas si je vous crois sur parole. C'est parce que vous précisez, après ça, à 141, non pas en reprenant, bien sûr, la notion de médecin responsable, mais que, dans le cas de service médical, c'est dirigé par un chef. Alors, je comprends donc que, quand c'est un service médical, c'est entre 2 et 4; quand c'est 1, c'est un responsable; quand c'est 2 à 4, c'est un service médical; quand c'est 5 et plus, c'est

un CMDP.

Une voix: C'est l'un ou l'autre.

M. Charlebois: C'est l'un ou l'autre. C'est un service médical qui a les responsabilités ou bien c'est un chef, c'est un médecin responsable qui assume les responsabilités.

M. Iglesias: C'est une latitude de l'établissement.

Une voix: L'oxygène.

M. Charlebois: Une flexibilité.

M. Trudel: Ah, sacrifice! Comment vous avez appelé ça?

Une voix:...

M. Trudel: Oui, dans tout ce bon monde, docteur.

M. Côté (Charlesbourg): Ah, ça peut permettre d'attendre la grosse bombonne.

M. Trudel: En attendant le gros cadre. C'est ça, c'est au choix du médecin, s'il aime mieux être responsable ou chef.

Alors, vous dites, à 139, qu'on va donc rajouter à la proposition d'amendement, suite aux négos, un autre amendement qui va prévoir que, dans le plan d'organisation, on devra également décrire de qui relèvent les actes médicaux d'un programme clinique ou sur recommandation du service médical visé à 141, qu'on vient de voir, qu'on reverra plus dans la mécanique générale, de quel département ou service relèvent les actes médicaux d'un tel programme clinique.

M. Charlebois: On est là?

M. Trudel: Oui, oul.

M. Charlebois: La nuance, c'est que le CMDP a juridiction sur les actes médicaux et dentaires, tandis que le service médical, ça se rapporte aux actes médicaux seulement. Alors, c'est pour cela qu'on a reformulé. On ne pouvait pas dire, comme dans la première version, que le service médical avait autorité sur les actes dentaires. Parce qu'un service médical, ça porte sur les actes médicaux seulement.

M. Trudel: Maintenant, les pharmaciens? Les pharmaciens, eux autres, ils ne sont pas dans des programmes cliniques?

M. Charlebois: Il n'y a pas d'actes pharmaceutiques.

M. Trudel: Les pharmaciens n'ont pas

d'actes? Woops!

M. Iglesias: Ils vont être affectés au département de pharmacie. Ici, la problématique, c'est que l'acte pharmaceutique ne dépend que d'un seul département, c'est le département de pharmacie clinique. À ce moment-là, ça nous semblait évident dans nos discussions que les pharmaciens, eux, étaient là. Maintenant, est-ce qu'il faut le préciser? C'est pour ça que je me retourne de bord, pour reconsidérer notre raisonnement. Mais, au niveau des médecins, il peut y avoir une certaine... il y a un jugement à porter par le Conseil des médecins et dentistes. Les actes pharmaceutiques, eux autres, ne dépendent que d'un chef, c'est le chef de la pharmacie. Là, je me retourne de bord pour voir si on...

M. Trudel: Les dentistes, eux autres?

M. Iglesias: Mme Demers a un commentaire par rapport aux dentistes également, là. Il faudrait le séparer, là? C'est au niveau des dentistes également. En général, il y a seulement une structure professionnelle au niveau des dentistes. Alors, la question à considérer, c'est de savoir... vous dites: Est-ce que c'est nécessaire de l'explicitier là?

M. Trudel: Non, non, mais au moins la première question, c'est... Vous me répondez que, évidemment, au niveau des départements cliniques, il n'y a qu'un département...

M. Iglesias:... de pharmacie.

M. Trudel:... de pharmacie et la même chose pour les dentistes.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Quand on parle, dans le plan d'organisation, dans quel département ou service relèvent les actes médicaux ou dentaires, comme c'est la même réalité organisationnelle pour les pharmaciens, comment se fait-il qu'on nomme l'aspect dentaire et qu'on ne nomme pas l'aspect pharmaceutique? De deux choses, l'une. Ou on enlève les deux ou on met les deux.

M. Iglesias:... ou on met le troisième. Est-ce qu'on pourrait mettre "pharmaceutique"? Ça a été une discussion qu'on a eue. On avait dit: On ne le mettra pas mais ce n'est pas du tout dans l'exclusion, au contraire, vous allez voir apparaître un...

M. Trudel: Non, mais c'est... Vous dites: C'est une discussion qu'on a eue sur l'exclusion...

M. Iglesias:... des pharmaciens.

M. Trudel: Oui. C'étaient quoi, les motivations?

M. Iglesias: Pas avec eux, entre nous, là.

M. Trudel: Non, non, je ne parle pas des motivations... La motivation de la discussion. C'était quoi, les motifs de dire: Écoutez, on les "met-u"? On les "met-u" pas? Ont-ils affaire là? N'ont-ils pas affaire là?

M. Iglesias: On pourrait mettre... Je pense que vous avez raison. Maintenant, après qu'on s'est reposés pendant deux jours...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel:... et que vous prévoyez que vous ne vous reposerez pas pendant les deux prochaines journées?

M. Iglesias:... ou pharmaceutiques.

M. Trudel: Je vais l'ajouter et, à cette heure, je vais vous faire une remarque.

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Trudel: J'ai dit: Je vais l'ajouter et je vais faire une remarque pour l'ensemble de ce dont j'ai pu prendre connaissance. Je vais vous dire et je le dis sous toute réserve, puisque - et je ne ferai pas d'ombrage au ministre là-dessus - les textes nous ont été déposés hier soir... Je vais vous dire que j'ai senti - je dis bien "senti" - dans les nouveaux libellés qui nous sont présentés, que les pharmaciens n'étaient pas tout à fait là sinon qu'il y avait comme un fil directeur... Si je me trompe, je me rétracterai, mais j'ai comme senti que les pharmaciens disparaissaient d'un nombre d'endroits assez précis. Est-ce que c'est par oubli, est-ce que c'est par... Je trouvais l'oubli un peu systématique, je vais vous dire. Et je vous le dis sous réserve d'une analyse plus profonde parce que, moi aussi, je n'ai pas eu le temps de passer toute la nuit, il a bien fallu que je me repose un peu, mais j'ai cru sentir dans l'ensemble, dans la trame du texte en ce qui regarde ce qu'on appelle les articles sur les médecins, que, pour les pharmaciens, la pointe était un peu plus congrue que ce que nous avons eu. Et, votre collègue de Matapédia s'en souvient, d'être dans le CMDP, ça n'a pas été comme une bataille facile, mettons. Est-ce que c'est là quelques relents? En tout cas, je considère, pour ma part, que cette profession a acquis ses droits, ses responsabilités, sa présence nécessaire dans ce conseil professionnel et c'est important qu'on le conserve au moins comme ce qui est acquis au niveau des responsabilités professionnelles au CMDP.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense que vous allez être obligé de vous amender, et on va le recevoir avec plaisir, parce qu'il y a eu des négociations avec les gens de TAPES...

M. Trudel: Les gens de...

M. Côté (Charlesbourg):... de TAPES, l'Association des pharmaciens des établissements de santé...

M. Trudel: Ah! O. K.

M. Côté (Charlesbourg):... avec qui on a eu beaucoup d'échanges et on a échangé sur un certain nombre de choses et ces éléments-là sont intégrés, pour la plupart, à l'intérieur du projet de loi. Et ça se voulait une indication très précise de notre volonté à ce niveau-là et de l'importance qu'on attachait au rôle du pharmacien à l'intérieur de l'établissement. Bien sûr, hors établissement aussi.
(17 h 30)

Dans ce sens-là, ça a fait l'objet d'un certain nombre d'échanges au cours de l'été, de la volonté des médecins, mais, à chaque fois, il y a eu un coup de téléphone au ministre qui, lui, ne bronchait pas et n'a pas bronché non plus là-dessus.

M. Trudel: Les sceptiques seront confondus. On va voir ça tout le long du texte.

M. Côté (Charlesbourg): Bien oui. D'ailleurs...

M. Trudel: Pour le "confondus" ici, on va rajouter "pharmaceutiques", juste pour...

M. Côté (Charlesbourg): O. K.

M. Trudel:... que ce soit clair, n'est-ce pas?

M. Côté (Charlesbourg): Il n'y a pas de problème. Aucun problème.

Le Président (M. Philibert): Est-ce que l'amendement à l'article 139...

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Mais en incluant "pharmaceutiques".

Le Président (M. Philibert):... avec l'ajout de "pharmaceutiques", est adopté?

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

M. Trudel: Adopté.

Le Président (M. Philibert): Est-ce que l'article...

M. Trudel: Je m'excuse. Ah! l'amendement...

M. Côté (Charlesbourg): Dans l'enthousiasme...

Le Président (M. Philibert): L'amendement a 139, avec l'ajout du mot "pharmaceutiques", est ce qu'il est adopté?

M. Côté (Charlesbourg): Adopté. Je l'espère.

Le Président (M. Philibert): Est ce que l'article 139 est adopté tel qu'amendé?

M. Trudel: 139, c'est parce que sur la question de la recommandation du CMDP...

Le Président (M. Joly): S'il vous plaît, je demanderais à ceux qui ont des conversations à tenir, si possible, tenez ça le plus bas possible de façon à ce qu'on puisse poursuivre. Tout le monde, s'il vous plaît.

M. Trudel: Tout le monde.

Le Président (M. Joly): Merci. Alors, l'article 139 tel qu'amendé...

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

Le Président (M. Joly): Adopté.

M. Trudel: Adopté.

Le Président (M. Joly): Adopté. J'appelle l'article 140.

M. Côté (Charlesbourg): 1° Remplacer les premier et deuxième alinéas par les suivants:

"Le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit de plus prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques. Ce plan doit indiquer le nombre de médecins omnipraticiens, de médecins spécialistes, par spécialité, de dentistes généralistes et de dentistes spécialistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements et services. Ces éléments doivent être déterminés en tenant compte du permis de l'établissement qui exploite le centre hospitalier, des ressources financières dont il dispose et des plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale.

"La partie du plan d'organisation visée au premier alinéa doit être transmise à la régie régionale pour approbation conformément à l'article 289.1, après avoir fait l'objet d'une consultation auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le cas échéant et, dans le cas d'un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, après consultation de l'université à laquelle l'établissement est affilié."

2° Ajouter, à la fin du troisième alinéa, "et continue d'avoir effet tant que la régie régionale ne s'est pas prononcée sur sa révision."

Le Président (M. Joly): M. Iglesias.

M. Iglesias: Je voulais faire remarquer que le point 2, le deuxièmement, c'est une clé très importante pour le respect des plans d'effectifs. Jusqu'à maintenant, il y avait un vide. Lorsqu'un plan venait à son échéance, trois ans, s'il n'était pas remplacé par un autre, il y avait une interprétation de rétablissement qui disait: Maintenant on est libéré. On n'a plus de plan. Alors, ça, ça vient mettre un point final à la chose, combiné avec d'autres mesures sur la nullité des privilèges que l'établissement va accorder. Il n'y a pas de reconduction... Le plan est reconduit, oui, mais ils n'ont pas une augmentation du nombre d'effectifs. Ils restent au même niveau.

Donc, c'est une première modalité qui introduit le resserrement qui va finir par être plus efficace que les budgets régionaux.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Un premier coup de marteau sur le clou.

M. Trudel: Alors, c'était inutile d'annoncer ça au mois de décembre, le budget aux régions de la RAMQ.

Le Président (M. Joly): Vous avez été devancé. Vous l'auriez demandé?

M. Trudel: Non.

M. Iglesias: Une voiture automobile, c'est, à certains points de vue, supérieur à une voiture à cheval. Alors, la voiture à cheval a été inventée avant.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Mais vous ne parlez pas des roues qui sont disparues, ici. Il y a des éléments qui sont disparus de 140. C'est le plan régional des effectifs médicaux. Dans l'original de 140, on pouvait lire: Le plan d'organisation du centre hospitalier doit de plus prévoir la formation de départements, etc., de même que le nombre de médecins et de dentistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements et services, en fonction du permis de l'établissement, des ressources financières dont il dispose, du plan régional des effectifs médicaux...

M. Iglesias: Les plans régionaux d'organisation des services...

M. Trudel: Non.

M. Iglesias: Pour réaliser les plans de...

M. Trudel: Non.

M. Iglesias: C'est ça que vous venez de dire. Les plans régionaux d'organisation des services.

M. Trudel: Les plans régionaux d'effectifs médicaux quand il s'agit du plan d'organisation du centre...

Une voix: 140?

M. Trudel: Original.

M. Iglesias: On voit ça où? Ah, dans la loi, là.

M. Trudel: Oui.

M. Iglesias: Il y avait eu un autre dépôt au mois de juin.

M. Côté (Charlesbourg): Ce sont des documents qui ont été déposés. Il faut se comprendre, le petit livre vert, le petit catéchisme, on l'a déposé à un moment donné. Donc, ce n'est pas une apparition des négos de l'été, là.

M. Iglesias: C'est pré-négos.

M. Côté (Charlesbourg): Il faut qu'on se comprenne, là. Ce n'est pas apparu après les négos. Vous avez raison de dire que, dans le dépôt du texte de la loi 120, il y avait le plan d'effectifs médicaux et dans les documents qui ont été déposés et qui vous ont été transmis, il n'était plus là. Donc, on regarde 140... C'est pour ça que j'essaie de démêler les choses, pour ne pas qu'on soit sous l'impression que c'est suite aux négos que c'est disparu.

M. Iglesias: O.K. Là, on va regarder le pourquoi que c'est disparu.

M. Trudel: Voilà! Parce que c'est la première fois qu'on en discute, nous autres. C'est la première fois qu'on en discute, nous autres.

M. Côté (Charlesbourg): Les parlementaires.

M. Trudel: Les députés parlementaires, les législateurs.

M. Iglesias: Comme vous voyez, le deuxième alinéa indique la partie du plan d'organisation visé au premier alinéa. Donc, le plan d'effectifs médicaux de l'établissement doit être transmis à la régie régionale pour approbation conformément à l'article 289.1. L'article 289.1 donne le... La régie régionale approuve chaque plan d'organisation que lui soumet l'établissement une fois que son plan régional des effectifs médicaux est approuvé. Donc, l'approbation qui viendra de la régie va tenir compte du plan d'effectifs régionaux approuvé. Ça ne peut pas être approuvé

avant que la régie ait son plan d'organisation.

M. Trudel: Pour la séquence, on va partir de l'établissement...

Une voix: C'est ça.

M. Trudel: ...dans le plan d'organisation, qui va déterminer le nombre d'effectifs médicaux dont il a besoin, qu'il veut avoir, qu'il souhaite, qu'il... Bon, dont il a besoin. Il va envoyer ça à la régie régionale qui, elle, va être chargée de l'approuver et il devra être conforme...

M. Iglesias: Approuvé selon les possibilités du plan d'effectifs médicaux régionaux.

M. Trudel: Mais les plans d'effectifs médicaux régionaux...

M. Iglesias: Sont approuvés par le gouvernement.

M. Trudel: ...vont exister avant que les établissements définissent, à l'intérieur de leur plan d'organisation, leur plan d'effectifs médicaux.

M. Iglesias: Il vont exister... Les établissements peuvent le faire, mais ils ne seront pas approuvés avant que le plan régional ait été approuvé. Mais il faut le construire à partir des établissements pour faire des plans d'organisation régionale et vice versa.

M. Trudel: Oui, je comprends qu'il faut qu'ils commencent à se construire à quelque part, mais est-ce que l'établissement va commencer à établir son plan des effectifs médicaux à partir d'un cadre de croissance-décroissance établi par le ministère et d'un cadre d'effectifs médicaux qui devrait exister, compte tenu des caractéristiques, etc., etc., de la population régionale, du plan des effectifs régionaux?
(17 h 45)

M. Iglesias: La première chose qui va exister, c'est le plan régional d'organisation de services. C'est la première chose qui va exister, qui est faite en fonction des besoins de la population à desservir.

M. Trudel: Ça, ça va.

M. Iglesias: Ça va, ça? Pour faire ce plan-là, à ce moment-là, il va avoir, entre autres, des effectifs. Il va avoir des...

M. Trudel: La nécessité d'avoir des...

M. Iglesias: Des effectifs médicaux entre autres.

M. Trudel: Des effectifs médicaux, il va de

soi, entre autres, oui.

M. Iglesias: Il va avoir d'autres types d'effectifs professionnels mais, entre autres, il va avoir cela. Les établissements qui ont des missions à remplir et qui doivent être cadrées dans le plan régional d'organisation des services ont besoin d'effectifs. Donc, ils vont dire comment ils vont organiser leurs plans d'organisation avec leurs effectifs médicaux pour remplir leurs fonctions et la régie va l'approuver en tenant compte de son plan régional d'effectifs médicaux qui a été approuvé par le ministre.

M. Trudel: Alors, entendons-nous bien. Le ministre va indiquer des objectifs de croissance-décroissance. Les régies vont définir à l'intérieur ou suite à leurs plans régionaux d'organisation des services les effectifs médicaux nécessaires pour répondre aux besoins de la région et, après cela, les établissements vont définir ou pas les besoins en effectifs médicaux. Ils vont définir les effectifs médicaux dont ils espèrent avoir besoin pour répondre aux attentes de leur milieu.

M. Iglesias: Mais c'est une démarche qui peut être concurrente. Pas besoin que ce soit tout séquentiel. Sauf que les établissements... la régie va être obligée de faire l'arbitrage après ça, à savoir quels effectifs vont aller où. C'est ça, le rôle de la régie.

M. Côté (Charlesbourg): Le gouvernement détermine le nombre d'effectifs à travers le Québec et les objectifs de croissance et de décroissance et signifie à chaque régie régionale, à partir des mêmes principes, ce qu'elle aura en plus ou en moins. Donc, un nombre d'effectifs. Concurrentement, les établissements dans chacune des régions définissent, eux, ce dont ils pensent avoir besoin pour remplir la mission qu'ils veulent se donner et acheminent pour approbation à la régie régionale leur demande qui, inévitablement, comme c'est un point de rencontre par rapport à nous autres ce qu'on a donné qui est une contrainte à la régie régionale, un nombre... Par rapport aux demandes venant de la base, les arbitrages vont se faire au niveau de la régie régionale quant à l'attribution du nombre de postes pour être capable de remplir les missions. Et, comme les plans régionaux d'organisation de services vont être faits par les régies régionales, ça va tenir compte, bien sûr, de ce dont ils ont besoin sur le plan des effectifs et de la répartition des effectifs qu'ils feront dans chacun des établissements.

Donc, la base qui alimente la régie régionale en termes de demandes d'effectifs médicaux, ça peut être fait concurrentement à ce que le ministère décide et envoie à la régie régionale comme étant l'objectif, parce que c'est le cas actuellement, ça a été le cas. Le ministère dit: On a tant de postes. Voici ce que vous aurez au

niveau de la région, puis il y a des échanges. Vous en avez eu un peu connaissance aussi. Au mois de juin, je pense qu'on avait donné quelques exemples de la Côte-Nord et de l'Abitibi et ça faisait partie du processus d'échanges avec le ministère. Et à partir du moment où cette enveloppe dit: Parfait, c'est ça, bien sûr, ils ont été au préalable alimentés par les établissements et il y a un arbitrage qui doit se faire au niveau régional pour savoir combien de médecins vont se retrouver dans tel établissement, tel établissement ou tel établissement.

M. Trudel: Ce que vous m'expliquez - parce que ici c'est l'établissement qui nous intéresse - c'est que, quand l'établissement va définir ses besoins en matière d'effectifs médicaux, il va devoir le faire en tenant compte, bien sûr, de son permis, ça va de soi, c'est la base, de ses ressources financières, du plan régional d'organisation de services et du plan régional des effectifs médicaux.

M. Iglesias: La régie va en tenir compte.

M. Côté (Charlesbourg): C'est la régie qui va en tenir compte au moment où elle fera les arbitrages. Tout ce que vous avez dit, en presque totalité, est vrai, sauf le dernier élément.

M. Trudel: Ça, je le savais.

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Trudel: Ça, je le savais que le dernier élément ne marcherait pas dedans.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, mais...

M. Trudel: Non, non, mais ce que je veux vous dire c'est: Dans la mécanique, il y a une planification régionale qui est des effectifs médicaux. Je prends juste ça comme bout de la séquence. Pourquoi n'indique-t-on pas dans le texte de la loi que la définition des effectifs médicaux dans l'établissement doit tenir compte du plan d'effectifs régional, puisque à un bout ou à l'autre on va en tenir compte? Ce qu'on dit aux établissements, c'est...

M. Charlebois: Le plan d'effectifs de rétablissement existe quand il est approuvé. Quand il est approuvé, forcément on a tenu compte du plan régional des effectifs. Dans la séquence des événements, 140 fait en sorte que l'établissement prépare son plan et ses besoins. La loi est claire: Il transmet ça à la régie pour approbation. Alors, quand ça va être approuvé, ce sera peut-être amputé d'une partie de sa demande, et là ça tiendra compte forcément du plan régional des effectifs. Mais dans la séquence des événements on ne peut pas inscrire, comme c'était le cas dans la première version, que, a

priori, au point de départ de l'exercice, l'établissement tient compte du plan régional parce que le plan régional, n'existe pas encore.

M. Trudel: Mais ce n'est pas ça que vous venez de me répondre. Le plan régional existe.

M. Charlebois: Les objectifs de croissance et de décroissance existent, mais le plan régional, c'est-à-dire la distribution des plus et des moins, ça n'existe pas encore.

M. Trudel: Non, mais ce qui va inévitablement... Ça ne peut pas faire autrement qu'exister. C'est le "N" de médecins autorisés pour telle région, qui va s'appeler "croissance", "décroissance". La résultante, c'est un "N" médecins de tel type, telle, telle catégorie, tant d'omnis, tant de spécialistes, etc., qui va exister. Donc, le plan régional des effectifs médicaux, c'est celui-là, c'est le "N" et c'est aussi la répartition. Ce sont deux choses.

M. Iglesias: À la fin, la somme devait arriver au "N", mais au début...

M. Trudel: C'est bien sûr que la solution est dans le problème et le problème dans la solution, les deux bouts. Mais ce que je vous dis, c'est que le plan régional des effectifs médicaux, c'est le nombre autorisé par le ministre, suite aux échanges dont on a parlé tantôt; ça va pour ce bout-là. Laissez ça là, comme raisonnement, pour tout de suite, arrêtez. Pourquoi, dans la loi, on dit: Quand l'établissement prépare son plan d'organisation, et, dans le cas d'un centre hospitalier, il doit tenir compte de son permis, bien sûr, il doit tenir compte de ses ressources financières et aussi des plans régionaux d'organisation de services... On sent le besoin de le noter parce que, si on ne le notait pas, ce serait comme déconnecté quelque part. Pourquoi ne l'indique-t-on pas aussi, le plan régional des effectifs médicaux?

M. Côté (Charlesbourg): Parce que le plan n'est que le nombre, au moment où il arrive à la régie. Tu as tant de médecins, en croissance ou en décroissance. Alors, ton plan, c'est la ventilation et l'attribution des médecins qui vont devenir un plan. Mais ils vont se faire à la lumière des demandes qui sont acheminées de l'établissement à la régie régionale. Ils vont le faire en fonction des plans régionaux d'organisation de services. Donc, il n'y a pas d'objection fondamentale à une approche comme celle-là, l'idée étant que, si jamais le plan d'effectifs médicaux, donc, la ventilation de l'utilisation des médecins, si jamais il était fait, ça ne donne rien de faire un plan d'organisation et un plan de services au niveau d'un établissement. Alors, ce que tu lui dirais, ce que la régie lui dirait: Toi, tu vas avoir un médecin de médecine interne

de plus et tu vas avoir un chirurgien, organise-toi avec ça, tu n'en auras pas d'autres.

M. Iglesias: Fais-moi un plan avec ça.

M. Côté (Charlesbourg): Fais-moi un plan avec ça. Je pense qu'il faut que l'établissement soit capable de faire son plan, donc en fonction de l'évolution et des clientèles qu'il doit desservir. À partir de ça, il y a un arbitrage qui va se faire au niveau régional sur le plan de l'attribution d'un certain nombre de médecins. Oui, j'ai tant de médecins et voici, compte tenu des priorités qu'on s'est données au niveau de la région, voici un poste, deux postes, trois postes dans tel et tel... Et c'est là que ça se fait. Donc, à ce moment-là, la somme de tout ça, de cet exercice-là, fait ton plan d'effectifs médicaux pour la région. C'est le nombre qui a été ventilé au niveau de chacun des établissements et qui se traduit par des postes additionnels dans telle spécialité ou omni.

M. Iglesias: Tandis que le plan d'organisation - c'est une indication fondamentale - si, dans le plan d'organisation, il n'y a pas de service de neurochirurgie dans la région, ne demandez pas...

M. Trudel: Ce que vous me dites, c'est que la définition du plan des effectifs médicaux comprend le "N" et là où s'exerce la responsabilité. Moi, ma préoccupation, au moins, elle est pour une dimension. Je ne pense pas faire erreur en répétant ce que le ministre m'a dit ici à cette commission. Il a dit: Écoutez, si on se fie aux demandes des centres hospitaliers pour fixer les plans...

M. Côté (Charlesbourg): Des établissements.

M. Trudel: ...des établissements, on se réveille avec une pénurie de médecins assez...

M. Côté (Charlesbourg): Assez importante.

M. Trudel: ...importante, assez fantastique, parce que c'est la...

Une voix: C'est ça.

M. Trudel: Mets-en plus parce que j'y vais.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Je prépare donc mon plan d'organisation de services sans connaître explicitement, au texte de la loi, au moins une contingence qui est le "N" de postes de médecin disponibles dans la région. Je vous concède, Dr Iglesias, que, oui, un plan, c'est plus que le "N", mais ma préoccupation, c'est de dire: Comment tu élabores un plan d'organisation de ton établis-

sement quand tu ne sais pas le nombre disponible, au total, dans la région, y compris, à l'intérieur de ça, ce qui est en croissance, ce qui est en décroissance, parce que je fais une parenthèse en disant: Imaginons une situation de décroissance...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: ...tu ne fais pas un plan d'organisation de services de ton établissement tout à fait pareil, si tu es en décroissance...

M. Côté (Charlesbourg): Tu peux le faire pareil.

M. Iglesias: Oui, tu peux le faire pareil.

M. Côté (Charlesbourg): Tu peux le faire pareil parce qu'il peut y avoir déplacement.

M. Trudel: Oh, bateau!

M. Côté (Charlesbourg): C'est unanime, hein?

Une voix: Ils sont allés à la même école.

M. Côté (Charlesbourg): Il peut y avoir des déplacements de médecins qui ne sont pas au bon endroit.

M. Iglesias: Le plan d'effectifs n'est...

M. Trudel: Bien oui, bien sûr.

M. Côté (Charlesbourg): Parce que, si tu n'en déplaces pas de médecins dans la situation actuelle, ça ne donne rien de placoter là, on va arrêter ça tout de suite.

M. Trudel: Non, mais c'est bien évident.

M. Côté (Charlesbourg): Bien oui, alors.

M. Trudel: C'est bien évident...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Là, vous avez réagi pour vous faire plaisir ou pour répondre à ma question, là?

M. Iglesias: Le plan n'est pas seulement la résultante d'un ajout, il y a l'attrition, il y a le déplacement...

M. Trudel: Non, non, mais écoutez...

M. Iglesias: ...il y a les activités...

M. Trudel: Ce que je dis, c'est que quand tu as à faire la planification triennale de ton organisation, si tu sais que tu es en décrois-

sance, tu ne prévoiras pas effectivement le même plan, par définition même. Il faut que tu prépares ton établissement, définir l'organisation de ton établissement en disant: Moi, ici, compte tenu de la décroissance des effectifs médicaux qui, eux, correspondent à la décroissance de la population, ça correspond à quelque chose, bon, moi, il faut que je m'organise, je suis en gestion de la décroissance. Tu n'as pas le même plan. Si tu n'as pas ça formellement comme information quel plan vas-tu préparer? Tu vas dire: Moi, "business as usual". Je continue comme j'étais. Tu pourrais dire ça dans ton plan. Tu vas me dire: À la régie régionale, on va trancher à l'autre bout, on va dire: Non, non, non. Tu en as 10 de trop et tu vas m'en retrancher 2.

Ce que je dis tout simplement sur le plan de l'organisation: vous auriez pu le dire avant.

M. Charlebois: Les établissements vont sûrement être au courant de l'objectif de croissance ou de décroissance de la région. Ils vont sûrement être au courant; cependant, la distribution de la décroissance n'aura pas été faite a priori.

M. Trudel: Mais les établissements vont sûrement être au courant du plan régional d'organisation de services, n'est-ce pas?

M. Charlebois: Oui, mais ça, il faut qu'ils en tiennent compte. Sur le plan régional d'organisation de services...

M. Trudel: Non, mais je vais prendre votre raisonnement là. Les établissements, ça me surprendrait qu'ils ne soient pas au courant du plan régional d'organisation de services.

M. Charlebois: Oui, ça, ils vont être au courant.

M. Trudel: S'ils le sont, pourquoi on met ça dans la loi?

M. Charlebois: Le plan régional d'organisation de services et le plan régional des effectifs médicaux, c'est deux choses.

M. Trudel: Je le sais bien. Voyons! Non, je prends votre raisonnement...

M. Charlebois: Bien oui, mais c'est deux choses.

Le Président (M. Joly): Je m'excuse, M. le député, nous devons suspendre nos travaux dans 20 secondes jusqu'à 20 heures. Alors, j' imagine que nous allons reprendre sur le même sujet. Nous suspendons jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 18 heures)

(Reprise à 20 h 11)

Le Président (M. Joly): À l'ordre, s'il vous plaît!

Nous reprenons nos travaux. Nous en étions à l'article 140. De mémoire, nous étions sur le point d'adopter l'article 140.

M. Trudel: C'est-à-dire l'amendement que le ministre s'appretait à déposer...

Le Président (M. Joly): L'amendement.

M. Trudel: ...à propos de la croissance et de la décroissance des effectifs médicaux au plan régional, n'est-ce pas?

M. Côté (Charlesbourg): Il faut bien se comprendre. Dans la discussion, ce dont il était question, c'est à tout le moins de donner une indication lors de la préparation des plans au niveau des établissements, donc, de donner le signal de l'objectif de croissance ou de décroissance de façon à ce que ça agisse sur le comportement des demandes au niveau des établissements, donc, informer du nombre. Ils vont déposer un certain nombre de choses au niveau de la régie qui, par la suite, vont devenir dans la décision le plan d'organisation de services et, donc, d'effectif en effectif.

M. Trudel: Ça et, également, donner le signal au moins qu'il y a une planification quant aux effectifs médicaux en région nécessaires, à rendre disponibles et non pas que les plans d'effectifs médicaux se négocient dans les établissements. Parce qu'une des impressions - je ne dis pas que c'est ça, la lettre - l'impression première ici, c'est qu'on pourrait se dire: Ah! donc, la négociation des effectifs médicaux va trouver sa résultante dans les plans régionaux d'effectifs médicaux et c'est d'abord dans l'établissement que ça va se négocier. L'établissement, quant à moi, c'est: quand j'ai défini ce que je peux avoir comme composantes, j'en fais la planification au niveau de la situation dans la région et la réponse aux besoins, ce qui est différent de commencer à avoir des batailles de clocher pour dire: Moi, j'en veux plus, je vais être bon pour en attraper plus, ça se fera à l'intérieur du plan d'organisation de services et des objectifs de croissance et de décroissance déterminés par les paramètres supérieurs.

Une autre dimension qui est introduite ici par rapport à juin et par rapport au dépôt, c'est la recommandation et la consultation du CMDP. Les éléments premiers qui étaient présentés, c'était à 140. Grosso modo, le centre hospitalier qui définissait son plan d'organisation, le plan d'organisation du centre, le faisait parvenir, pour approbation, à la régie. Bon. Alors, premièrement, il y a donc modification de trajectoire sur la consultation auprès du CMDP. Et l'autre, la

dimension... La question qui se rattache à ça, c'est: Est-ce qu'il faut un nécessaire avis positif du CMDP sur certains aspects du plan pour qu'il puisse être approuvé par le conseil d'administration de rétablissement et, éventuellement, approuvé par la régie régionale?

M. Iglesias: Je pense que le texte dit "une consultation". Donc, à ce moment-là, ça ne veut pas dire une consultation, c'est une consultation. Ce n'est pas une recommandation qui lie. Moi, je vois ça comme une consultation...

M. Trudel: On va en ajouter une troisième. Ça va nous permettre de continuer à travailler.

Le plan d'organisation doit donc prévoir le nombre de médecins omnipraticiens. Et là, on est plus détaillé que dans la première version du projet de loi: les omnipraticiens, les **médédins** spécialistes - leur spécialité - les dentistes généralistes et les dentistes spécialistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun des départements et services. Les pharmaciens ne sont pas inclus dans le plan d'organisation?

M. Iglesias: C'est parce que ça, ça vise à avoir le nombre de médecins dans le but de bâtir les plans d'effectifs. Les pharmaciens n'ont jamais été dans le plan d'effectifs.

M. Trudel: Dans les plans d'effectifs régionaux, ils ne sont pas...

M. Iglesias: Ils n'y sont pas.

M. Trudel: ...dans les plans d'effectifs totaux.

M. Iglesias: C'est ça. Les dentistes sont dedans, mais pas les pharmaciens.

M. Trudel: Les dentistes sont dedans? Mais les pharmaciens, ils sont dans le plan d'organisation régional, par exemple.

M. Iglesias: Oui. L'organisation prévoit un département de pharmacie. Mais ça, le but, c'est d'avoir l'information de façon à pouvoir établir le plan d'effectifs médicaux et dentaires. Ça prend ces informations-là. Ça prend le nombre de médecins par département.

M. Trudel: Est-ce qu'on va les retrouver, les pharmaciens, dans l'article 139, là, qui doit décrire les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements? Est-ce qu'on va retrouver le plan d'effectifs dans cette dimension du plan d'organisation?

M. Charlebois: On peut les retrouver. Là, on parle des directions, des services et des départements. S'il y a un tel département, c'est implicite. C'est une formulation générale, à

l'article 139, qui vise toutes les catégories d'établissements...

M. Trudel: Et toutes les catégories...

M. Charlebois: ...et qui dit ce que le plan d'organisation doit prévoir ou peut prévoir parce que, effectivement, ce ne sont pas toutes les catégories d'établissements qui ont des **départements** ou des services, etc. Si je prends un CLSC, son plan ne contient pas de départements.

M. Iglesias: Il n'y a pas de plan d'effectifs pour les pharmaciens.

M. Trudel: Dans les centres hospitaliers, il y a forcément, dans la plupart des cas, **effectivement**, un département.

M. Iglesias: Il y a un département.

M. Trudel: Un département. Il y a des effectifs, mais qui sont comptés dans les effectifs du personnel régulier...

M. Iglesias: Employés, c'est ça.

M. Trudel: ...employés, comme le sont les infirmières, les auxiliaires...

M. Iglesias: Exactement.

M. Trudel: ...ou tout autre personnel de toute autre catégorie.

M. Iglesias: C'est ça. Et on rencontre, dans la mécanique des effectifs médicaux, des entrepreneurs libres qui sont rémunérés par la RAMQ, etc.

M. Trudel: Ce sont d'ailleurs des salariés de l'établissement.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): ...bien avoir une négociation comme les médecins. Mais ça, c'est une partie qui n'a pas été réglée et qui ne sera pas réglée pour un petit bout de temps. Ça faisait partie de leurs revendications...

M. Trudel: On en a réglé une partie ici.

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Trudel: On en a réglé une partie ici, sur la négociation, sur l'uniformité des conditions de négociation, pour tout pharmacien intervenant dans tout établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

M. Iglesias: Par rapport à votre question, tantôt...

M. Trudel: Oui.

M. Iglesias: ...déjà, dans la loi actuelle, pas dans la loi 120, mais dans la loi actuelle, le conseil des médecins et dentistes s'était consulté pour le plan d'organisation des centres hospitaliers. C'est une consultation.

M. Trudel: Dans la loi actuelle. Mais on l'avait retiré du projet de loi 120 déposé à l'Assemblée nationale.

M. Iglesias: Il n'y avait pas de CMDP, au début. C'était l'oxygène total.

M. Trudel: Comment ça, il n'y avait pas de CMDP? Il y avait un CMDP, au dépôt de l'Assemblée nationale.

M. Iglesias: La loi 120.

M. Trudel: Au début, il y avait un CMDP, certain.

M. Iglesias: En centre hospitalier?

M. Trudel: Oui.

M. Iglesias: O.K. Pas partout, il y en avait rien qu'en centre hospitalier. Là, vous avez ajouté les centres de santé...

M. Trudel: Je ne dis pas que ce n'était pas la volonté du ministre de ne pas en avoir.

M. Iglesias: Non, non.

M. Trudel: Je dis que dans la loi, le projet de loi déposé à l'Assemblée nationale, il y avait un CMDP...

M. Iglesias: En centre hospitalier, oui. Ici, c'est vrai qu'on est au niveau des centres hospitaliers.

M. Trudel: Donc, il y a là un autre changement d'attitude que vous notiez ce matin, de votre part, au niveau de l'introduction de cette dimension-là de la nécessaire consultation et inscription dans la loi de la consultation du CMDP au niveau du plan d'organisation de l'établissement en centre hospitalier.

Est-ce que l'amendement est fait?

M. Côté (Charlesbourg): L'amendement se lirait comme suit: Ajouter, à la fin du premier paragraphe, "ainsi que des objectifs de croissance et de décroissance visés à l'article 289."

Le Président (M. Joly): Alors, nous retirons le premier amendement, M. le ministre, pour lui substituer celui que vous venez de nous lire.

M. Trudel: Cet article-là faisait partie des articles suspendus. Il y a des modifications de négociation, mais aussi on n'a jamais eu l'occasion de l'étudier en soi, cet article-là.

Il y a une différence, semble-t-il, assez notable par rapport au texte de la loi actuelle. Quant à la responsabilité des CRSSS quant au plan d'organisation dans les centres hospitaliers, le conseil d'administration approuvait évidemment ce plan-là et le transmettait au CRSSS qui l'approuvait avec ou sans modification. Ici, au deuxième alinéa, la partie du plan d'organisation visée au premier alinéa doit être transmise à la régie régionale pour approbation. Alors, est-ce qu'il y a nommément une modification recherchée, qu'il l'approuve avec ou sans modification? Ou encore - une façon autre de poser la question - est-ce qu'on peut modifier soit unilatéralement... Est-ce que la régie peut modifier le plan d'organisation visé au premier alinéa de 140?

M. Côté (Charlesbourg): C'est sur le principe du "go, no go", en ce sens qu'il est retourné pour que les modifications soient apportées à la base et il revient pour approbation. Donc, c'est effectivement différent de ce qui se passe maintenant. Évidemment, la régie n'aurait pas, dans ces cas-là, à porter l'odieux de modifications qui, à la base, ne seraient pas acceptées.

M. Trudel: En particulier sur la dimension des effectifs, effectivement, s'il y avait soit une modification, un pouvoir de modification unilatéral ou bien des modifications ou non-conformité, il faut que ce soit l'établissement qui accepte et qui réalise ses responsabilités. Il y a un cadre dans lequel ils doivent opérer et il faut se conformer à ce cadre-là.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Alors, c'est sur le principe de: C'est O.K. ou pas; si ce n'est pas O.K., tu retournes jusqu'à ce que ce soit O.K. Ça entend aussi, j'imagine, qu'évidemment le deuxième alinéa...

(20 h 30)

M. Iglesias: Pendant ce temps-là, ils n'ont pas de plan. S'il n'est pas approuvé, ils sont sur le vieux plan.

M. Trudel: Ils sont sur le vieux plan. Ce n'est pas qu'il n'y a pas de plan...

M. Iglesias: Ils sont sur le vieux plan.

M. Trudel: ...parce que je veux bien lire le deuxième alinéa.

M. Iglesias: Ils n'ont pas de plan nouveau.

M. Trudel: Il n'y a pas de plan nouveau

pendant ce temps-là. Et on demande avec le même plan des effectifs. J'ai cru comprendre tantôt qu'expérience faite, disons qu'il y avait des entre-deux-plans qui permettaient de trouver une faille pour augmenter les effectifs dans certains milieux et que là, avec le deuxième alinéa, on pourrait combler cette lacune-là et fermer un peu la porte que certains ont fait ouvrir. Alors, ça va avec la modification qu'on a apportée.

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

Le Président (M. Joly): Donc, l'amendement à l'article 140, adopté. L'article 140 adopté, tel qu'amendé. J'appelle l'article 140. 1.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer, après l'article 140, l'article suivant: "140. 1 À l'exception des centres hospitaliers exploités par les établissements désignés par règlement du gouvernement pris en vertu du paragraphe 7. 6° de l'article 410, le plan d'organisation de tout centre hospitalier doit également prévoir la formation d'un département clinique de médecine générale qui doit être sous la responsabilité d'un médecin omnipraticien."

M. Iglesias: C'est la création obligatoire dans les centres hospitaliers, sauf dans ceux désignés par règlement, d'un département de médecine générale sous la responsabilité d'un médecin omnipraticien. Ici, il y a une partie de ça qui était déjà dans le règlement. C'est dans le règlement, actuellement. Là, c'est dans la loi. Par contre, la description de la responsabilité du département est moins précise. Avant, il y avait une spécification par rapport...

M. Trudel: C'était moins précis dans le règlement.

M. Iglesias: Dans le règlement.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, ce qu'on comprend là, c'est un principe qui a été, semble-t-il, très chèrement acquis au fil des années par les omnis à l'intérieur des centres hospitaliers et l'intention avait été manifestée dès le mois de mai ou de juin, je ne me souviens plus quand, de le maintenir à l'intérieur de la loi.

M. Iglesias: Le règlement stipulait, entre autres, médecine générale. Il pouvait y avoir également les soins de première ligne aux urgences.

M. Trudel: Oui, effectivement. Il y avait un certain nombre de professionnels qui se réveillaient dans un "no man's land" quelque part, les médecins pour la médecine générale qui n'étaient pas dans les spécialités ou attachés à un pro-

gramme ou à une matrice d'organisation du travail similaire. Et ça a été de haute lutte, effectivement, qu'on a gagné cette responsabilité-là. Comme l'omnipraticien occupe un champ extrêmement important, je pense que ça, c'est fort heureux, quant à moi, qu'on puisse retrouver cela dans la loi maintenant, pour assumer non seulement cette reconnaissance-là, mais le rôle qui est joué par les omnipraticiens dans les centres hospitaliers et d'avoir une base disciplinaire, je dirais, normale, entre guillemets, pour trouver leur place dans le centre hospitalier parce que l'activité doit représenter un volume extrêmement important des actes médicaux réalisés, évidemment, dans un centre hospitalier. Quelles sont les exceptions? Quels centres hospitaliers sont exemptés?

M. Iglesias: C'étaient les centres hospitaliers Sainte-Justine et... Il y en avait 16.

M. Côté (Charlesbourg): L'institut de cardiologie, l'hôpital neurologique...

M. Iglesias: L'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital neurologique de Montréal, l'hôpital Sainte-Justine, l'Institut de cardiologie de Montréal, l'hôpital Shriners pour l'enfant infirme, l'Institut de réadaptation de Montréal.

M. Trudel: L'Institut de réadaptation? Et là, quand on dit ici: En vertu de 7. 6° de 410, ça veut dire en vertu du pouvoir...

Une voix: C'est ça.

M. Trudel:... qui est donné au ministre et non pas du règlement lui-même, le règlement qui est existant actuellement, mais qui pourrait être révisé et, dans les échanges avec les corporations médicales, il n'y a pas eu de réclamation quant à la modification de création de département de médecine générale dans ces établissements qui sont énumérés au règlement et dont on fait exception. Il n'y a pas eu de question.

On voulait nommément faire 140. 1. Même si on reconnaît tous la pertinence du département de médecine générale, quand le 140 dit que le centre hospitalier doit prévoir la formation de départements cliniques, il ne pouvait pas être inclus là-dedans automatiquement, il fallait absolument le spécifier.

M. Côté (Charlesbourg): Dans ce cas-ci, l'obligation, c'était qu'un omni soit le chef.

M. Iglesias: Les autres, c'est un médecin.

M. Côté (Charlesbourg): Les autres, c'est un médecin, mais dans ce cas-ci, c'était pour identifier que ça devait être un omni qui devait être le chef. C'est pour ça que c'est fait comme ça.

M. Trudel: Et les spécialistes ne réclament pas que le département clinique dans telle spécialité soit un spécialiste...

M. Iglesias: C'est par règlement que c'est défini.

M. Trudel:...de telle spécialité.

M. Iglesias: Ils le réclament. Ça va être défini par règlement.

M. Trudel: Ça va être défini par règlement. Est-ce que ça l'est, actuellement?

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel: C'est un spécialiste de la spécialité qui doit être...

M. Iglesias: C'est-à-dire qu'il y a un pouvoir réglementaire par rapport à ça, mais ce n'est pas plus indiqué dans la loi qu'il y a un pouvoir réglementaire par rapport aux modalités de nomination et aux attributs du chef. C'est "qualifications" que je cherchais comme mot. Il y a un pouvoir réglementaire par rapport à ça, par rapport aux qualifications du chef de département clinique. Dans ce cas-ci, c'est déterminé dans la loi que, pour le département de médecine générale, c'est un médecin omnipraticien. Ça semblait assez important de l'indiquer.

M. Trudel: C'est la raison que je voulais... Ça devait être important puisqu'on l'a négocié, mais c'était la raison pour laquelle...

M. Iglesias: C'est négocié...

M. Côté (Charlesbourg): Pas durant les négociations de l'été. C'est ça?

M. Trudel: C'est apparu après?

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas une conséquence des négociations parce que si on avait abordé ces articles-là au mois de juin, vous auriez eu exactement le même texte. C'était déjà entendu.

M. Iglesias: La seule modification...

M. Trudel: J'ai l'amendement ici. Oui. Tu as raison.

M. Iglesias: La seule modification qu'il y avait, c'est à la fin: médecin omnipraticien ou de médecine de famille. C'est ça?

M. Trudel: Oui. Est-ce qu'il faut, dans la réglementation, y avoir... Est-ce que la réglementation pourrait prévoir un nombre minimum de médecins dans un département? Est-ce qu'on peut

avoir un département clinique avec un médecin?

M. Iglesias: Je pense qu'en théorie il pourrait y avoir un département clinique avec un médecin. Il n'y a pas de limite, hein? C'est seulement qu'il y a des lignes de conduite, pas dans la réglementation, mais des lignes de conduite émises par la corporation professionnelle pour la départementalisation. Alors, avec un médecin, probablement qu'à ce moment-là on pourrait voir s'il ne pourrait pas y avoir un regroupement avec d'autres disciplines, par exemple, mettre ça en médecine ou mettre ça autrement et ne pas créer un département pour un, puis un département pour l'autre. Il y a des règles, des guides, un guide et non pas un règlement. Mais il n'y a rien dans le règlement qui empêcherait un établissement de faire: un médecin, un département ou un service. Dans le règlement actuel.

M. Trudel: Et c'est la corporation qui émet des guides, pas...

M. Iglesias: Elle a émis un guide sur la départementalisation.

M. Trudel: Plutôt sous l'angle disciplinaire de...

M. Iglesias: Sous l'angle plutôt professionnel, de la valeur du département, un peu les fonctions du département par rapport à l'exercice de la médecine.

M. Trudel: Adopté.

Président (M. Joly): L'amendement à l'article 140.1 est adopté. L'article 140.1 est adopté tel qu'amendé. J'appelle l'article 141.

M. Côté (Charlesbourg): Premièrement, supprimer, dans les troisième et quatrième lignes du premier alinéa, les signes et les mots ", le cas échéant,"; deuxièmement, supprimer, dans les sixième et septième lignes du premier alinéa, le signe et les mots ", du plan régional d'effectifs médicaux approuvé par le ministre"; troisièmement, insérer, après le premier alinéa, les alinéas suivants:

"Si au moins un médecin exerce sa profession dans le centre, le plan d'organisation doit prévoir la formation d'un service médical ou la nomination d'un médecin responsable des soins médicaux.

"Le service médical est composé des médecins exerçant dans le centre et il est dirigé par un médecin chef du service médical.

"Le mode de nomination, les qualifications et les fonctions du médecin chef du service médical et du médecin responsable sont déterminés par règlement pris en vertu du paragraphe 7.1° de l'article 410. Le cas échéant, le deuxième

alinéa de l'article 154 s'applique, en l'adaptant, au service médical ou au médecin responsable, eu égard aux fonctions déterminées par le règlement."

Quatrièmement, remplacer le deuxième alinéa par le suivant:

"Cette partie du plan d'organisation doit, après avoir fait l'objet d'une consultation auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le cas échéant, être transmise à la régie régionale pour approbation conformément à l'article 289.1."

Cinquièmement, remplacer, dans la troisième ligne du troisième alinéa, le mot "il" par les mots "l'établissement".

Sixièmement, ajouter, à la fin du quatrième alinéa, "et continue d'avoir effet tant que la régie régionale ne s'est pas prononcée sur sa révision."

O. K, adopté?

M. Trudel: Relisez-le-moi amendé comme vous faisiez d'habitude.

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Trudel: Relisez-moi l'article amendé.

Le Président (M. Joly): On en avait longuement discuté. D'ailleurs, c'est un article suspendu, ça, M. le ministre. On en a longuement discuté.

M. Trudel: Oui, oui, c'est un article suspendu. Alors, vous voulez me dire que la lecture amendée avait déjà été faite?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Alors, pourquoi on fait ici sauter, d'abord - parce qu'on va les prendre un à un - "le cas échéant"? Le plan d'organisation du CLSC, d'un centre de réadaptation ou d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée doit de plus prévoir, etc. Pourquoi on enlève "le cas échéant"?

M. Côté (Charlesbourg): Le cas échéant, c'est un cas de CLSC.

M. Charlebois: C'est une obligation. Il doit prévoir. Ce n'est pas facultatif. Le plan d'organisation doit prévoir le nombre d'effectifs médicaux en CLSC et en centre de réadaptation, comme c'est le cas également dans un centre hospitalier où on doit prévoir le nombre d'effectifs.

(20 h 45)

M. Trudel: Mais en centre de réadaptation il n'y a pas nécessairement des médecins qui sont au plan des effectifs de l'établissement. Il y a des centres de réadaptation qui n'ont pas, à leurs effectifs, la nécessité d'avoir des médecins.

M. Iglesias: C'est une espèce de tautologie. Dans l'article, on disait: "... le cas échéant, le nombre de médecins et de dentistes qui peuvent..." C'est une espèce de tautologie, "le cas échéant" et "qui peuvent", là. Ça avait l'air un peu...

M. Trudel: Ça se transformait en "tatalogie", après ça.

Ça supposait, dans l'économie générale, que toutes ces catégories de centres avaient des plans d'effectifs au niveau du nombre de médecins et de dentistes qui peuvent exercer leur profession à l'intérieur. Alors, on va leur faire l'obligation de marquer, dans leur plan: 0 centre de réadaptation pour jeunes en difficulté. Dans ton plan d'organisation, tu vas m'indiquer 0.

M. Côté (Charlesbourg): Un demi ou un quart.

M. Iglesias: C'est ça. Toute catégorie avait ou a l'obligation aujourd'hui...

M. Trudel: Je les ai obligés à se poser la question.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): Pour certains, ça va être une réadaptation.

M. Trudel: Bon. Le deuxième alinéa, c'est do supprimer les mots "du plan régional d'effectifs médicaux approuvé par le ministre", comme nous l'avions fait à l'article 140, pour y ajouter, par après, "en tenant compte des objectifs..." Comment on a dit?

M. Charlebois: D'introduire...

M. Trudel: C'est ça: "croissance, décroissance."

M. Charlebois:... "croissance, décroissant", comme on l'a fait pour le précédent...

M. Côté (Charlesbourg): Mettre une corne au panache.

M. Trudel: Oui. Ou ajouter un "l" à original. Bon. La troisième modification: "Si au moins un médecin..."

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'est l'assise légale pour l'un ou l'autre.

M. Trudel: Pour le service médical ou...

M. Iglesias: Ou le médecin responsable.

M. Trudel:... le médecin responsable des soins médicaux.

Une voix: C'est ça.

M. Trudel: Et ça, c'est une nouveauté dans la loi?

M. Charlebois: Oui.

M. Iglesias: C'est le passage du règlement à la loi.

M. Charlebois: C'est une nouveauté. Ce n'était pas explicite dans la loi actuelle qu'en CLSC, centre de réadaptation et centre d'hébergement, un service médical doit exister ou un médecin responsable doit être nommé et que ses responsabilités soient définies par règlement. Ce n'était pas explicite dans la loi. Cependant, dans le pouvoir réglementaire, le ministre ou le gouvernement pouvait établir l'organisation clinique des centres, sans préciser spécifiquement CLSC ou centre d'accueil. Alors, là, ce qu'on fait, à l'article 140, on explique comment l'organisation clinique est établie en centre hospitalier et, à l'article 141, on établit comment l'organisation clinique en centre d'accueil, centre de réadaptation, centre d'hébergement et CLSC est établie. On introduit donc la notion d'un service médical et du chef et du médecin-chef qui, aujourd'hui, apparaissent dans un règlement.

M. Trudel: C'est bien ce qu'on disait cet après-midi.

M. Charlebois: C'est ça.

M. Trudel: Un médecin, dans ces établissements, tu es obligé de prévoir à ton plan d'organisation un poste de responsable, de médecin responsable des soins médicaux.

M. Charlebois: C'est ça.

M. Trudel: Quand tu en as deux à quatre, il faut que tu prévoies l'organisation d'un service médical.

M. Charlebois: Non, c'est toujours l'un ou l'autre. Un et plus. Ça peut être un service médical composé des deux, trois, quatre médecins ou ça pourrait être un chef, un médecin-chef qui, lui, a certaines responsabilités à assumer.

M. Trudel: Non, mais si on ressent le besoin de dire: La nomination d'un médecin responsable des soins médicaux ou la nomination d'un médecin responsable des soins médicaux... Enfin, je ne veux pas m'obstiner là, mais c'est sur... Parce que, probablement, il y a un médecin, deux à quatre et cinq et plus, c'est l'obligation d'avoir un CMDP. Mais c'est quoi la différence, d'abord, entre avoir un responsable des services médicaux ou un service médical? Un médecin responsable

des soins médicaux ou un service médical, y a-t-il quelque chose qui différencie ou si c'est vraiment à l'abordage?

M. Iglesias: Oxygène.

M. Trudel: Ah! l'oxygène! Non, mais s'il y a deux catégories, il y a quelque chose quelque part, il y a une différence. Il y a une différence de rémunération, d'attributions, de pouvoirs, une différence de... Si c'est un chat, on va appeler ça un chat; si c'est autre chose, on va l'appeler autre chose, on va nommer la chose.

M. Iglesias: Moi, je n'en vois pas de différence. Vous savez bien que, dans certains établissements, par exemple, le fonctionnement est par programme bien plus que par service. Alors, à ce moment-là, c'est possible qu'on puisse nuire en décidant que ça va être un service à l'organigramme ou au mode organisationnel d'un établissement. Par contre, les fonctions du chef doivent être assumées dans un cas ou dans l'autre. C'est ça qui est le fondement. C'est de l'oxygène, ce n'est pas des...

M. Trudel: Alors, c'est dans le cas des programmes.

M. Iglesias: Surtout dans ces établissements-là, on est dans les établissements dont l'organisation est variable...

M. Trudel: Plus large...

M. Iglesias: ...pour s'adapter aux besoins. C'est une des caractéristiques des...

M. Trudel: De ceux-là, pas des autres.

M. Iglesias: Plus, parce qu'ils sont plus à l'interface des nouvelles problématiques et de modes de fonctionnement plus légers, comme on peut dire.

M. Trudel: Oui.

M. Iglesias: Alors, pourquoi leur imposer une modalité d'un service alors que ça va peut-être être le seul service? Dans un CH, des services médicaux et puis des départements médicaux... c'est le mode de fonctionnement.

M. Trudel: C'est la quintessence de la distinction entre les deux. On ne vous amènera pas à bâtir des thèses là-dessus là, je veux dire... Il y a deux traditions et deux possibilités de désigner...

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: ...là où il n'y a pas de CMDP, un service responsable des effectifs médicaux.

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: Je voulais juste savoir la différence entre pourquoi on était si sibyllin que ça ou, enfin, si distinctif que ça dans les catégories de chefs dans ce monde.

M. Iglesias: Mais il n'y a rien de relié au niveau de la rémunération. C'est vraiment un respect de l'établissement et de son organisation. C'est pour ça que ça a été fait. Quand le règlement a été fait, il a été fait dans cet esprit-là.

M. Trudel: Et là, on le renforce en l'introduisant dans la loi.

Le Président (M. Joly): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Atkinson: M. le Président, je demande à M. le ministre si les prévisions, à 3°, vont créer une nouvelle structure, une nouvelle hiérarchie qui pourrait nuire à certains établissements comme les CLSC, à travers une équipe multidisciplinaire. C'est la question, c'est qu'il y a une nouvelle structure. Si c'est oui, si la structure est une nouvelle bureaucratie contrôlée par les professions de médecins et les docteurs.

M. Côté (Charlesbourg): Ce sont des choses qui existent déjà actuellement. Ce qui est à l'intérieur du règlement va donc chercher une assise légale à l'intérieur de la loi. Donc, c'est une situation de fait, au moment où on se parle. Donc, il ne s'agit pas de créer de structure additionnelle. C'est une réalité qui existe maintenant et qui aura maintenant une assise légale à l'intérieur de la loi.

M. Atkinson: Vous ne voulez pas imposer une autre structure?

M. Côté (Charlesbourg): Non.

M. Atkinson: Merci, monsieur.

Le Président (M. Joly): M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: C'est toujours en vertu de 7°, premier alinéa, du pouvoir du ministre, que seront déterminés par ailleurs les modes de nomination, qualifications et fonctions du médecin chef du service médical ou du médecin responsable - nos deux supercatégories. C'est en vertu de la réglementation que ce sera fait. Si je ne m'abuse, c'est déjà un règlement existant, mais une partie de ce règlement existant vient d'être transportée dans la loi, quant à l'assise pour faire exister ce service-là, ce qui n'était pas le cas auparavant.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Sortons de ça un petit peu, maintenant, après 3°. Si on a une si grande préoccupation pour le plan d'organisation et des effectifs et de l'organisation même des départements cliniques, du point de vue médical, du point de vue des spécialistes et du point de vue des dentistes dans les centres hospitaliers et ici, les autres établissements, est-ce qu'on aura ou est-ce qu'on aurait pu avoir la même sensibilité pour d'autres secteurs disciplinaires? Allusion très claire, ici, aux services sociaux. Dans les plans d'organisation de services, les plans d'organisation des centres, pourquoi on ne mentionne pas nommément, par ailleurs, une autre partie disciplinaire que l'on retrouvera dorénavant, en particulier dans les centres hospitaliers au niveau des services sociaux, la même chose pour un certain nombre d'exercices de la profession, de certaines professions dans d'autres centres, par exemple, les CLSC, par exemple d'autres types d'établissements? Pourquoi on a ce souci, que moi je reconnais bien, de bien détailler, même de faire passer ça du règlement à la loi, pour la profession médicale que vous reconnaissez, encore une fois? Mais pour ce qui est de toute l'autre partie généralement reconnue comme étant les activités du secteur social qui sont reconnues à titre de profession, il n'y a pas, que je sache, sauf erreur, de minima de cette nature-là que l'on retrouve dans la loi. Pourquoi ne retrouve-t-on pas ça?

M. Côté (Charlesbourg): D'abord, pourquoi les médecins? Pourquoi pas les autres? Il y a une notion qui est très importante et qu'il ne faut pas perdre de vue, qui est celle de l'entrepreneur libre. Donc, le médecin est un entrepreneur libre, y compris en établissement, alors que les autres sont des salariés, au niveau de l'établissement. Il y a donc là une distinction très importante qui doit être à la base des choix qui sont faits. C'est là la seule - en tout cas - et unique raison que, moi, je connaisse qui guide ces choix-là. La notion d'entrepreneur libre toujours jugé par ses pairs devient un élément très important par rapport aux autres qui sont des employés de l'établissement. (21 heures)

M. Iglesias: Et ça se répercute au niveau du mode de nomination. Les médecins sont nommés et ont des privilèges de l'établissement. Dans le cas des autres professionnels, ils sont engagés par l'établissement. Alors, il y a une différence qui est fondamentale par rapport au statut du médecin dans notre système actuel. Il me semble qu'actuellement personne n'a voulu ébranler ce concept de médecin libre entrepreneur.

M. Trudel: Non. Ma question n'est pas sur la question d'inclure la participation des libres entrepreneurs au système dans les différents

centres, c'était précisément pour les autres catégories. Là, je ne veux pas embarquer dans le discours de dire: Est-ce qu'on conteste le statut? Est-ce qu'on conteste ici le statut d'entrepreneur libre des médecins? Ce n'est pas du tout cela.

Je dis qu'il semble avoir une place, de prime abord démesurée au sens de l'absence de la description des autres fonctions essentielles dans le système. Bon, je reçois bien l'explication que vous donnez parce que le plan d'organisation d'un rétablissement devra inclure la reconnaissance, à l'intérieur, de départements et de mécanismes d'évaluation aussi de l'exercice des autres professionnels dans l'établissement, mais qui font partie du plan d'effectifs des salariés de l'établissement.

Ici, ce que vous ajoutez, on dit notamment: "De plus, les départements cliniques, les effectifs médicaux", parce que c'est un autre sens; ce sont des entrepreneurs libres qui sont payés à partir d'une autre enveloppe et il faut être capable de définir quelle va être la contribution. N'empêche que nous aurions pu, dans la loi, être un peu plus explicites au niveau de toute la contribution du secteur social et de la reconnaissance dans les structures des différents établissements en donnant un certain nombre de points de repère minimum.

À cet égard, on pourra, je pense, revenir. On pourrait revenir au niveau de la régie régionale parce que, évidemment, une parenthèse qu'on peut faire ici: C'est là où on commence, là où on s'arrête dans la désignation de certains éléments particuliers qu'un plan d'organisation des établissements devrait contenir, compte tenu de nos points de référence ou compte tenu des éléments fondamentaux qu'on veut non seulement souligner, mais voir inclure dans les plans. Moi, je pense qu'on devrait y revenir nommément au niveau du mandat et des responsabilités de la régie régionale. Vous vous souvenez que nous avions, à mon souvenir, presque conclu sur la création, notamment, d'une commission sociale, une commission des affaires sociales, la commission des services sociaux à l'intérieur des régies régionales?

Je dis, à titre de reconnaissance de la part de ce que sont les autres éléments en dehors des effectifs médicaux dans un certain nombre de centres, que nous devrions revenir au niveau de la régie régionale pour qu'au moins là puissent être précisés ces seuils minima que nous désirerions retrouver, peut-être pas au niveau de la loi, donc, mais au niveau de l'obligation d'examiner cela et d'un point de référence au niveau de la structure régionale qui va occuper la responsabilité de l'organisation et de la définition des plans régionaux d'organisation de services.

Je soumetts respectueusement que nous devrions revenir à cette dimension de tout le secteur social au chapitre de la régie régionale, à la composition et aux structures de la régie

régionale au moment où l'on étudierait, par exemple, aussi, la commission - ça fera l'objet de discussions ici - à la définition, à la composition et au mandat de la commission médicale. Il faudra revenir sur la commission des services sociaux également, à l'intérieur de la régie régionale.

On va aller à 4°, au quatrième alinéa. Alors là, c'est la même chose que pour un centre hospitalier, l'obligation de la consultation du CMDP. Là, il y a "le cas échéant" parce qu'il n'y a pas toujours des CMDP.

M. Trudel: Ici, on conserve "le cas échéant"...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: ...parce qu'il n'y en a pas toujours, et on n'ajoute pas, pour les établissements où il n'y a pas de CMDP, où il y a un service médical ou la nomination d'un médecin responsable des soins médicaux, que lui doit être consulté sur la partie du plan, sur cette partie du plan qui concerne les effectifs. À moins qu'on ne l'ait plus loin, là?

M. Iglesias: C'est à cause de la grandeur, uniquement, mais si vous... Je pense qu'on peut garder la même logique et demander la consultation.

M. Trudel: Là, c'est parce que s'il s'est instauré une logique quelque part...

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, c'est clair.

M. Trudel: Ajoutons-le, "ou le service".

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça, il est là, il occupe des fonctions qui ont des assises dans la loi, donc, je pense que la logique veut qu'il soit consulté.

M. Trudel: Oui, on pourrait l'ajouter: "qu'il soit consulté lors de la définition..."

M. Côté (Charlesbourg): Il est après ajouter...

M. Trudel: ...au patrimoine.

M. Côté (Charlesbourg): ...ajouter une tache au papillon.

M. Trudel: 5°, c'est de remplacer "l'établissement" par...

M. Côté (Charlesbourg): ...par le mot "établissement".

M. Trudel: C'est la même chose. Ça con-

tinue d'avoir effet tant que le plan n'est pas révisé.

Le Président (M. Joly): Vous avez un autre amendement à 141?

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: Deux amendements.

M. Côté (Charlesbourg): Deux amendements.

Le Président (M. Joly): Deux amendements. Donc, nous retirons l'article 141 et j'accepte le dépôt du nouvel article.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, il y aurait deux amendements additionnels convenus lors de nos discussions. Il y aurait, à 2. 1: ajouter, à la fin du premier alinéa, ce qui suit: "ainsi que les objectifs de croissance et de décroissance visés à l'article 289". Dans le deuxième, à 4°, insérer, après le mot "pharmacien", les mots "du service médical ou du médecin responsable".

M. Trudel: Le cas échéant.

M. Côté (Charlesbourg): Le cas échéant, bien sûr. Ah oui! Le cas échéant, d'accord. Non, mais je n'en ai pas besoin parce que c'est uniquement l'ajout de ça. "Le cas échéant" est déjà là.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. M. le député, l'amendement à l'article 141. 1 est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Joly): Donc l'article... C'est-à-dire 141, excusez.

M. Côté (Charlesbourg): 141, oui.

Le Président (M. Joly): L'article 141 est adopté tel qu'amendé. L'article 141. 1 est appelé.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer après l'article 141 l'article suivant: "141. 1 Le plan d'organisation de tout établissement doit aussi prévoir tout élément requis par la présente loi ou par règlement pris en vertu des paragraphes 6. 2° et 7. 1° de l'article 410."

M. Trudel: Ça, c'est...

M. Côté (Charlesbourg): 6. 2° de 410, c'est: "déterminer la forme du plan d'organisation de tout établissement, les éléments qu'il doit contenir et les méthodes ou règles suivant lesquelles il doit être élaboré" alors que 7. 1°, c'est: "déterminer, pour les établissements qu'il

indique, les directions, services et départements que le plan d'organisation d'un établissement doit prévoir, les fonctions que le chef de ces directions, services et départements doit remplir et, le cas échéant, les qualifications de ceux-ci."

M. Trudel: Évidemment, ça, c'est un ajout. On va partir du 141 du mois de décembre. Sauf erreur, c'est un ajout par rapport à 141 du mois de mars. Somme toute, c'est un ajout d'après juin.

M. Côté (Charlesbourg): D'après juin, non.. Ça existait.

M. Trudel: Pour résumer, en bref, c'est un petit de la négociation, ça.

M. Côté (Charlesbourg): C'est un petit de la négociation? Je ne pense pas.

M. Trudel: Il me semble que, sauf erreur, c'est la première fois qu'on le voit apparaître.

M. Côté (Charlesbourg): Non. Ce devait être dans un autre numéro.

M. Trudel: Il dit que c'était un autre numéro. Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): C'est la substance de l'article 139 du projet de loi déposé qui n'avait plus sa place à 139. On vient de retrouver le notaire.

M. Trudel: Vous avez retrouvé le notaire. Ah! M. le notaire.

Le Président (M. Joly): Bienvenue, notaire Gaudreau.

M. Trudel: Vous avez passé un bon été, notaire? Oui?

M. Côté (Charlesbourg): On va donner la chance au notaire de nous donner toute l'explication, tout le sens de ce changement très important. Il va vous confirmer que ce n'est pas l'objet de la négociation.

Le Président (M. Joly): Notaire Gaudreau.

M. Gaudreau (Marc): Alors, c'est ça. L'article 139, tel qu'il a été déposé, mentionnait à la toute fin du premier alinéa: "ainsi que tout autre élément exigé par la présente loi ou les règlements." Alors, ce bout de phrase a disparu avec l'adoption de l'article 139 parce qu'on a fait un amendement. Et on le replace après les deux articles 140 et 141 comme 141. 1 pour ne pas...

M. Trudel: Ce qui m'avait amené à faire cette observation-là, c'est: Pourquoi, tout à coup,

on se retrouve avec des références au règlement aux alinéas spécifiques aux pouvoirs prévus à 410 et non pas aux articles? Je remarque ça. Vous dites que le sens était là: "tout autre élément exigé par la présente loi ou les règlements." C'était bien clair. Là où on se retrouve, c'est à dire: non seulement par les règlements, par la présente loi - on l'a à 410, on va l'avoir, à 410, c'est bien la présente loi - mais on dit nommément le paragraphe 6.2°, le paragraphe 7.1° de l'article 410. Qu'est-ce qu'il y a de si spécifique que ça pour s'en faire un article vraiment déterminé, pour dire que le plan d'organisation doit comprendre aussi les autres éléments requis par tel paragraphe, tel paragraphe, des pouvoirs du ministre?

(21 h 15)

M. Gaudreau: Je réponds à ça. C'est que 139, tel que déposé avec sa généralité, par la présente loi ou les règlements sans autre spécification, n'était pas justement une disposition complète. On va voir le pouvoir de réglementation tel que déposé. Il fallait inférer d'un ou deux paragraphes que ça pouvait comporter effectivement la possibilité, par règlement, d'ajouter au plan d'organisation. Vous avez remarqué que, depuis le début, chaque fois qu'on renvoie à un règlement pris par le gouvernement, on spécifie le paragraphe de l'article 410 en vertu duquel ce règlement est pris. Ici, c'est le même phénomène. On précise en vertu desquels et on reformule les paragraphes. Vous avez vu la numérotation s'allonger: 7°, 7.1°, 7.2°, 7.3°, 7.4°, 7.5°.

M. Trudel: Depuis qu'on a les nouveaux amendements, vous voulez dire?

M. Gaudreau: Pardon?

M. Trudel: C'est depuis qu'on a les amendements qu'on fait...

M. Gaudreau: Ah! O.K. Que vous avez pu constater...

M. Trudel: O.K. Très bien. C'est ça que je voulais savoir.

M. Gaudreau: Vous pourrez constater. Je change le temps du verbe.

M. Trudel: Voilà. On a un article spécifique pour dire que tel pouvoir doit s'exercer pour les autres fonctions. Alors, on devient plus spécifique dans la loi. On verra à la fin s'il y a d'autres articles, ailleurs dans la loi, sur lesquels on devrait revenir pour être aussi spécifique pour bien distinguer, bien sûr, que ça s'exerce pour les autres également. Adopté.

Le Président (M. Joly): L'amendement à l'article 141.1, adopté?

M. Côté (Charlesbourg): Adopté.

Le Président (M. Joly): Le nouvel article 141.1, adopté. J'appelle l'article 141.2.

Chef de département clinique

M. Côté (Charlesbourg): Ajout de la sous-section 1.1 et de l'article 141.2. Insérer, après l'article 141.1, la sous-section et l'article suivants:

"1.1 Chef de département clinique.

"141.2 Tout département clinique formé dans un centre hospitalier est dirigé par un chef qui doit être un médecin, un dentiste ou un pharmacien, sauf le département clinique de biochimie dont le chef peut être un biochimiste clinique.

"Le chef de département clinique est nommé pour au plus quatre ans par le conseil d'administration après consultation des médecins, dentistes et pharmaciens et, le cas échéant, des biochimistes cliniques exerçant dans le département, du directeur des services professionnels et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

"Dans le cas d'un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, le conseil d'administration doit également consulter l'université à laquelle l'établissement est affilié selon les termes du contrat d'affiliation conclu conformément à l'article 79."

M. Trudel: Là, c'est un effort incommensurable pour en arriver à préciser, après un grand détour, à revenir très exactement au carré no 1. Ça, c'est la loi actuelle.

M. Côté (Charlesbourg): On ne peut rien vous cacher. Je ne peux rien vous cacher. Ça s'est fait en cascade. Le projet de loi 120 a offert à tout le monde de l'oxygène.

M. Iglesias: Il y a la pharmacie qui le fait. Écoutez, pourtant...

M. Trudel: Ah oui! Ça m'aurait surpris qu'on ne l'ait pas noté. Il faut le noter, surtout avec ce que j'ai dit tantôt, que j'allais le retirer. C'est ici qu'il faut que je le retire. C'est retiré. Continuez votre remarque, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, c'est retiré déjà. Je considère que vous retirez ça vite quand vous êtes...

M. Trudel: Quand je n'ai pas raison, je retire vite. Mais quand j'ai raison, je suis donc bien long. Vous le savez, hein? La cascade.

M. Côté (Charlesbourg): Ça a été une cascade. Au départ, la logique voulait qu'on ait de l'oxygène sur le plan des structures organisationnelles et, évidemment, mois après mois, échange

après échange, il y a eu toute une progression qui nous ramène effectivement, à quelques éléments près, à ce qui existe actuellement.

M. Trudel: Pour la loi d'application, pouvez-vous parler aux médecins avant? Ça va nous éviter de faire le tour si grand que ça.

M. Côté (Charlesbourg): Non, je pense que ce dont il faut convenir, c'est que ces principes-là ont permis de faire évoluer d'autres éléments. Moi, je suis convaincu, au bout de la ligne, que ceux qui vont oeuvrer à l'intérieur de cette structure-là auraient eu avantage à avoir une structure où il y a plus d'oxygène. Mais, c'est quand même eux qui ont à vivre avec et ils ne veulent pas vivre avec une structure où il y a de l'oxygène. Ce qu'ils souhaitaient, c'était revenir avec ce système-là puisque, selon eux, ce système avait fait ses preuves. Ce n'était quand même pas un système qui était complètement déconnecté de la réalité; il avait fait ses preuves et méritait de continuer d'exister. Et c'est eux qui auront à vivre avec.

M. Trudel: Et les établissements, eux - en particulier, évidemment, les centres hospitaliers - qu'est-ce qu'ils pensent de ce...

M. Côté (Charlesbourg): De ce retour à...

M. Trudel: ...ce retour à la case départ?

M. Charlebois: Ils n'ont aucun problème avec ça.

M. Iglesias: C'est un heureux retour.

M. Trudel: C'est un heureux retour?

M. Côté (Charlesbourg): Si je veux bien traduire ce que veut signifier le Dr Iglesias, c'est qu'en secret ils souhaitaient bien que ça revienne... ou en silence.

M. Charlebois: Et, comme c'est revenu bonifié, ils sont fort heureux.

M. Trudel: Alors, vous voulez dire qu'ils ont refusé la bonbonne d'oxygène?

M. Côté (Charlesbourg): Moi, je...

M. Iglesias: Vous vivez dans un milieu riche en oxygène.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Pas besoin de bonbonne.

M. Trudel: Ça, là-dessus, on est d'accord. Parce qu'on avait voulu rendre ça plus souple, permettre plus de latitude aux établissements et

là, ici, même s'il faut constater encore une lois, évidemment, que c'est un système qui avait été défini et par l'histoire et par la pratique médicale en établissement, on revient exactement à la loi actuelle. Mais ça nous avait amenés à faire un bien grand détour et c'est pour ça que je m'enquerais de l'attitude des établissements à l'intérieur de cette situation-là parce que... Jo ne chercherai pas midi à quatorze heures, là, mais ça me surprend quand vous me dites que les établissements sont heureux de ce retour-là. Il n'y a pas de raisons naturelles pour lesquelles ils seraient plus heureux de ce retour-là, même si, là, on n'est pas en train de virer le monde à l'envers par rapport à la situation actuelle puisque qu'on garde le statu quo.

M. Côté (Charlesbourg): Bien, évidemment, on se rappellera que, quelque part en mai ou en juin, on s'était dit que les objets allaient être définis à l'intérieur de la loi mais que les établissements décideraient de... Donc, il y avait un pas à franchir pour l'inclure. C'est ce qui a été réclamé et on...

M. Trudel: Alors, on aurait fait ce grand, grand, grand détour, ne serait-ce que pour inclure les pharmaciens, je serais satisfait.

Adopté, M. le Président, imaginez-vous donc!

Le Président (M. Joly): Merci. Est-ce que la nouvelle sous-section 1.1 de l'article 141.2 est adoptée?

M. Trudel: Adopté.

Le Président (M. Joly): Donc, le nouvel article 141.2 est adopté. J'appelle l'article 141.3.

M. Côté (Charlesbourg): Insérer, après l'article 141.2, l'article suivant:

"141.3 Le chef de département clinique exécute, sous l'autorité du directeur des services professionnels, les responsabilités suivantes:

"1° coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, conformément à l'article 154, les activités professionnelles des médecins, dentistes et pharmaciens et, le cas échéant, des biochimistes cliniques de son département;

"2° gérer les ressources médicales et dentaires et, lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, les ressources pharmaceutiques de son département et, dans la mesure prévue par règlement pris en vertu du paragraphe 7.1° ou 7.2° de l'article 410, les autres ressources;

"3° élaborer, pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes; lorsqu'un

département clinique de pharmacie est formé dans le centre, élaborer les règles d'utilisation des ressources pharmaceutiques ainsi que des ressources matérielles de son département;

"4° dans le cas du chef du département clinique de radiologie, du chef du département clinique de laboratoires de biologie médicale et du chef du département clinique de pharmacie, gérer les ressources de leurs départements cliniques dans la mesure prévue par règlement visé au paragraphe 2° du présent article. Le gouvernement peut, dans ce règlement, prévoir que la gestion d'une partie ou de la totalité des ressources du département clinique de radiologie, du département clinique de laboratoires de biologie médicale, du département clinique de pharmacie est confiée par le directeur des services professionnels à une autre personne que le chef de ces départements cliniques;

"5° faire la liste de garde conformément aux règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens approuvés par le conseil d'administration et veiller à son application;

"6° s'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques dans son département;

"7° voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le directeur des services professionnels ou le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'inobservation, par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de ces règles.

"Les règles d'utilisation prévues au paragraphe 3° du premier alinéa doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de rétablissement. Toutefois, ces sanctions ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés par le conseil d'administration au médecin ou au dentiste, selon le cas.

"Lorsque aucun chef de département clinique n'est désigné, les responsabilités visées au premier alinéa sont exercées par le directeur des services professionnels.

"Lorsque le chef de département clinique néglige d'élaborer les règles d'utilisation des ressources, le directeur général peut demander au directeur des services professionnels de les élaborer."

M. Charlebois: Comme on l'a déjà indiqué à quelques reprises depuis le début de nos travaux, au niveau du chef de département, qui est donc réintroduit dans la loi, il y a eu une clarification de ses responsabilités et certaines nouveautés. Dans l'ordre, je vais vous les identifier. D'abord, le paragraphe 1°, c'est essentiellement ce que nous avons dans la loi, c'est-à-dire ce que nous avons dans la loi telle qu'elle existe à l'heure actuelle, mais, un peu partout, vous avez remarqué qu'on a introduit le département de phar-

macie. Ça, c'est une nouveauté tout au long du texte, alors je vais le mentionner simplement une fois.

M. Côté (Charlesbourg): Pour faire une amende seulement une fois. Je ne veux pas faire durer le plaisir pour que... Excusez.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Charlebois: Au deuxième élément, il y a un changement important. C'est qu'auparavant, c'est-à-dire dans la loi actuelle, le chef de département, ce qui était prévu, c'est qu'il gère les ressources médicales et dentaires de son département et, dans la mesure prévue par le plan d'organisation, les autres ressources de son département. Ceci peut laisser croire que le plan d'organisation de l'établissement peut prévoir que les ressources, par exemple, de personnel infirmier, se retrouvent sous la gouverne des chefs de département. C'est une disposition qui existe dans la loi depuis un certain temps et qui était inquiétante, si on veut, pour d'autres catégories de personnel, notamment les infirmières ou directrices de soins et le personnel infirmier. Alors ça, on a clarifié cet alinéa pour bien prévoir que le chef de département doit gérer les autres ressources uniquement dans la mesure prévue par un règlement et non pas dans la mesure prévue par le plan d'organisation. (21 h 30)

Il s'agit là d'une clarification importante qui montre que les départements, ou que le rôle des chefs de département, c'est vraiment une responsabilité à l'endroit du personnel médical et dentaire.

Donc, les personnes, encore une fois, là, les unités de soins infirmiers ne sont pas sous la tutelle des chefs de département. Alors ça, c'est un premier changement important.

M. Côté (Charlesbourg): Ça, ça a fait l'objet de la négociation.

M. Trudel: Au détail, ça, j'imagine...

M. Charlebois: Le deuxième changement important, c'est au paragraphe 3°: élaborer, pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales et des ressources employées par les médecins et dentistes. Auparavant, on se référait uniquement aux ressources employées par les médecins et les dentistes. Et on voit, un peu plus loin, que les règles d'utilisation des ressources doivent contenir des mesures disciplinaires lorsqu'il y a inobservation. Alors, évidemment, les mesures disciplinaires vont se rapporter autant à l'utilisation des ressources employées par les médecins qu'aux médecins eux-mêmes. On se réfère, là, entre autres... Bien, ça peut trouver une application, là, entre autres, au niveau de la garde.

Autre changement, dans le quatrième alinéa, c'est qu'on prévoit dans la loi que les départements cliniques de radiologie et de laboratoires, on prévoit que pour ces départements, les autres ressources sont sous la gouverne des chefs de département. Il s'agit là de deux départements où, plus précisément, les autres ressources, cela va de soi qu'elles sont sous la responsabilité des chefs de département. On pense aux techniciens, etc. C'était, dans le fond, dans les centres hospitaliers, à peu près les deux seuls endroits où les autres ressources étaient sous la responsabilité du chef, et donc le paragraphe 2°, qui avait une portée très générale, en réalité ne trouvait son application que dans ces deux départements-là. C'est pour ça qu'à 4° on l'a précisé.

À 5°, il y a une responsabilité explicite au chef de département de faire la liste de garde, conformément aux règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens approuvés par le conseil d'administration. Ça, c'est nouveau. On se rappelle que, pour les centres hospitaliers, il s'agissait là d'une question qui méritait d'être clarifiée. "S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques dans son département." Alors, il y a le mot "**appropriée**" qui a été rajouté pour bien centrer la responsabilité du chef.

À 7°, "voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département". Ça, c'est nouveau et ça n'apparaissait pas explicitement dans les responsabilités du chef de voir à l'application, donc, des règles qu'il avait élaborées. Et, "informer, le cas échéant, le directeur des services professionnels ou le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'inobservation, par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de ces règles." Alors, il y a donc une responsabilité explicite au chef de département de suivi quant aux règles qui ont été élaborées. Ça n'apparaissait pas dans la loi actuelle.

Les règles d'utilisation, si on continue, prévues au paragraphe 3°, qui portent autant sur les ressources humaines que sur les autres ressources, doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou de suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement.

Un ajout: Ces sanctions ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés par le CMDP. Ça a pour effet de préciser qu'il s'agit là de sanctions administratives et non pas de mesures disciplinaires. Lorsqu'un chef de département clinique... aucun chef n'est désigné, les responsabilités visées sont exercées par le directeur des services professionnels. Alors, ça clarifie donc l'ensemble de ces responsabilités qui sont plus d'ordre administratif, qui sont vraiment dans la filière administrative.

Le dernier élément est un élément nouveau et important. Lorsque le chef néglige d'élaborer les règles d'utilisation, le D.G. peut demander au DSP de les élaborer.

Il s'agit donc, pour le chef de département, d'un ensemble de modifications qui permettent de clarifier considérablement son rôle, d'établir ses responsabilités à l'égard, notamment, de la garde, du développement des règles d'utilisation et des sanctions et qui permet également à l'établissement, lorsqu'il y a défaut, lorsqu'il y a négligence, d'agir.

C'est peut-être le moment de dire deux mots sur l'unité de direction versus la "bicéphale". Les échanges avec le regroupement sur cette question nous ont amenés assez rapidement à non plus discuter de deux approches de gestion, mais à se pencher sur les problèmes qui pouvaient exister dans les centres. Un certain nombre de problèmes ont été identifiés, pour lesquels des solutions devaient être mises de l'avant.

Notre approche était de faire en sorte que toute l'organisation et toute la gestion des soins soient sous l'autorité du directeur général, lequel aurait pu s'assurer que les règles soient mises en place, que les sanctions soient prises lorsqu'il y a inobservation, etc. Alors, devant l'identification des problèmes, les échanges nous ont amenés et ont amené, entre autres, les médecins, en retour, à reconnaître qu'effectivement il y avait des problèmes et que ces problèmes pouvaient être réglés par une clarification des rôles.

Donc, une série de bonifications, si l'on veut, et de resserrements, quant aux responsabilités actuelles du chef ont été élaborés et ont fait consensus. Il s'agit là, on le pense, de moyens différents de ceux qu'on avait prévus au départ, mais qui permettent de faire des pas considérables dans le sens d'une meilleure gestion et d'une clarification des rôles, autant au plan administratif que professionnel.

M. Trudel: Dans les premières présentations du projet de loi, ces consultations-là n'avaient pas été faites, à ce niveau-là, avec les membres des corps médicaux et des fédérations médicales là-dessus?

M. Côté (Charlesbourg): C'est-à-dire qu'il y a eu beaucoup d'échanges au cours de l'automne 1990 et au cours de l'hiver 1991, qui n'avaient pas abouti à certaines conclusions. J'irais même jusqu'à dire que ceux avec qui nous avons échangé à l'époque ne voyaient pas d'objection fondamentale au principe d'oxygène que nous avons évoqué, sauf pour exiger le maintien du CMDP à l'intérieur de la loi. Dans le cas du reste, il n'y avait pas de revendications à l'effet que toutes ces structures-là devaient être maintenues dans la loi.

C'est davantage la Corporation professionnelle des médecins qui, à ce niveau-là, avec les

représentants des CMDP, a fait les interventions pour tenter, étape après étape, de faire ajouter un certain nombre de choses qui, sur la fin, compte tenu des changements qui sont survenus au niveau de la Fédération des médecins spécialistes en particulier, sont devenues, par la suite, un changement de cap de la part de la FMSQ qui a demandé, au cours des négociations, à la fin du printemps, au début de l'été et pendant les négociations au cours de l'été, qu'on revienne à cette situation-là, mais à partir d'une volonté très clairement exprimée par eux de regarder, là où il y avait des problèmes, quels étaient les problèmes et, comme l'a évoqué M. Charlebois, de tenter d'apporter des éclaircissements et des correctifs aux situations vécues. C'est comme ça que ça s'est passé.

M. Trudel: Ça aussi, en quelque sorte, il s'agit... Il y a des ajouts, on y reviendra. Mais on revient à l'économie générale de l'organisation actuelle, telle que définie dans les règlements, parce que ce n'était pas dans la loi, sauf erreur.

Une voix: Une partie dans la loi.

M. Trudel: Il y en avait des bouts dans la loi 71, oui, dans la loi. Alors, on revient, mais il y a un certain nombre d'ajouts qui sont faits ici et...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Trudel: ...c'est ça qu'on va examiner...

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

M. Trudel: ...en particulier. Alors, vous dites nommément, au deuxième alinéa: on rend explicite que la règle générale, c'est que le chef de département clinique a la responsabilité de gérer les ressources médicales et dentaires; lorsqu'il y a un département clinique de pharmacie, etc., c'est les ressources uniquement médicales et dentaires et non pas les autres ressources humaines et matérielles du centre concerné.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

M. Trudel: Vous allez me dire... Je comprends qu'on va revenir sur des exceptions tantôt; ça, vous voulez établir ça à 2°. Par ailleurs, c'est lui qui est chargé d'élaborer les règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires, ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes.

M. Charlebois: Il faut revenir au 2°: "par les autres ressources". Ce que ça vise dans la loi actuelle, c'est beaucoup plus les autres ressources humaines.

M. Trudel: Oui.

M. Charlebois: Parce que, quand vous lisez la loi actuelle, le 2° parle des autres ressources et le 3° parle des ressources employées par les médecins. Donc, c'était clair... C'est clair, c'est-à-dire, dans la loi actuelle, que les autres ressources afférentes, si on veut, à l'exercice de la profession, c'est le chef de département. Et le 2° de la loi actuelle vise plus les autres ressources humaines comme le personnel infirmier. Alors, ce que l'on a clarifié, c'est que c'est exceptionnel et il faut que ce soit prévu par un règlement, ces situations-là. Mais on parle de ressources, essentiellement de ressources humaines.

M. Trudel: Oui, oui. C'est parce que, quand on enchaîne avec 3°, "ainsi que les ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes", donc, ce sont les autres, c'est toutes les ressources matérielles dans l'établissement, utilisées par ces catégories de professionnels, par les médecins et dentistes.

M. Charlebois: C'est ça.

M. Trudel: Bon! Alors, les règles d'utilisation de cela, c'est le chef de département qui les définit? Quels sont les paramètres, quels sont... Il se fait une politique d'utilisation des ressources matérielles? C'est lui qui invente ça?

M. Iglesias: C'est justement l'économie de toute l'organisation médicale d'arriver... de partir du chef de département qui définit les règles d'utilisation des ressources, qui va les faire approuver et qui, après ça, deviennent force de réglementation. C'est ça, l'économie. C'est ça, l'économie du médecin entrepreneur libre qui est géré par ses pairs et sous la direction, la coordination du directeur des services professionnels.

Mme Vermette: Il n'y a pas eu, dans certains endroits, des expériences où il y avait de la concertation avec d'autres directeurs pour arriver à établir l'utilisation des ressources?

M. Iglesias: Mais là, on parle ici des ressources matérielles...

Mme Vermette: Oui.

M. Iglesias: ...des ressources matérielles utilisées par les médecins.

Mme Vermette: Oui.

M. Iglesias: Ça, ça peut vouloir dire, par exemple...

Mme Vermette: Ç'a une implication. Les

ressources utilisées par des médecins au niveau matériel, ça a des implications à d'autres niveaux aussi.

M. Iglesias: Oui.

Mme Vermette: Ça peut avoir des implications...

M. Iglesias: Oui, oui.

Mme Vermette:... au niveau du personnel et à d'autres niveaux. Ça ne se limite pas...

M. Iglesias: Ça peut être la cédule de la salle d'opérations.

Mme Vermette: Évidemment.

M. Iglesias: C'est ça.

Mme Vermette: Donc, ça a un impact. Dans ce sens-là, je me demande pourquoi c'est eux-mêmes qui vont déterminer, alors que ça a un impact sur l'ensemble de la gestion et l'administration de l'établissement, par exemple. Il y a des coûts budgétaires aussi qui sont alloués à ça et c'est eux seuls qui vont prendre une décision qui va avoir une influence sur l'ensemble de la gestion, de l'administration du centre hospitalier, même de l'équilibre budgétaire d'un centre hospitalier, dans certains cas.

M. Iglesias: C'est sûr. Mais ça, ici, il n'y a rien... Quand on dit "les ressources utilisées par les médecins", ce n'est pas dans un vide, ça. C'est dans le cadre des ressources dont dispose le centre hospitalier et dans le cadre de l'organisation de son plan d'organisation. Si le centre hospitalier dispose de quatre salles d'opérations, à ce moment-là, il faut que le chef fasse des règles, le chef de chirurgie fasse des règles pour pouvoir utiliser les quatre salles d'opérations; s'il en dispose de cinq, c'est cinq salles d'opérations. Ça comprend, à ce moment-là, l'obligation de dire: Eh bien, à 16 heures, il faut qu'il y ait trois salles de fermées; il en reste une qui continue. C'est un exemple qui est très commun dans les centres hospitaliers. C'est justement ça, les règles de l'utilisation des ressources. La salle d'hémodynamie doit commencer à 8 heures et, à 15 h 30, le dernier cas doit commencer, ou à 15 heures pour finir à 16 h 30.
(21 h 45)

Mme Vermette: Ça, je comprends très bien ça, sauf qu'il arrive quelquefois qu'au niveau de l'utilisation des ressources, ça dépend aussi des personnes qui sont en place, des chefs de département ou des pressions qui sont en place. On fait l'utilisation des ressources en fonction de certaines pressions qu'on peut recevoir, en fait, du corps médical, donc ce que vous venez de dire, ça peut tomber aussi le rationnel n'est

pas toujours présent, en d'autres mots. Ça peut offrir l'espace pour bien d'autres interprétations, à ce moment-là, et ça a une influence au niveau du personnel; ça a une influence sur l'ensemble de l'esprit et de l'atmosphère dans un centre hospitalier aussi.

M. Iglesias: Ces règles-là doivent être approuvées plus haut, vous allez le voir tantôt; il faut absolument que ce soit approuvé plus haut et, naturellement, on ne les approuve pas si ces règles-là vont amener l'établissement à dépasser... si un chef de département fait des règles pour utiliser sept salles d'opérations alors qu'il y en a quatre, j'espère qu'il y a quelqu'un qui ne les approuvera pas dans l'établissement.

M. Trudel: Où on va trouver l'approbation?

Mme Vermette: Non, mais c'est la pression qu'ils peuvent y mettre, par exemple, pour que ce soit approuvé.

M. Iglesias: Ah! C'est certain qu'il peut y avoir une pression qui peut être mise, mais le but ici, c'est de donner un outil, qui est les règles, d'y faire mettre des sanctions et de lui faire appliquer lui-même les sanctions. C'est ça que...

Mme Vermette: Un chef de département est nommé pour quatre ans. S'il ne fait pas bien ou correctement, c'est le conseil des médecins et dentistes... Le conseil d'administration n'a pas droit de regard en ce qui concerne, à ce moment-là, en fait, la façon qu'il...

M. Iglesias: Le chef de département est imputable. Son supérieur immédiat, c'est...

Mme Vermette:... le CMDP.

M. Iglesias:... le directeur des services professionnels et - on va le voir tantôt à 141. 4 - le conseil des médecins et dentistes. Pour la partie qu'on vient de voir, il est imputable au directeur des services professionnels. Donc, c'est pour ça qu'on a prévu... Une des dernières nouveautés de l'article, c'est le dernier alinéa: Lorsque les chefs de département négligent d'élaborer l'utilisation, c'est le directeur général qui peut demander au directeur des services professionnels de le faire. Ce n'était pas le cas avant. Donc, avant, on pouvait rester prisonnier un peu et le seul choix qu'on avait, c'était de réprimander le chef et, à la limite, de le dénommer pour en faire d'autres, tandis qu'ici il peut y avoir une autre possibilité qui est de dire: Je vais la faire, celle-là, et on verra pour la prochaine.

M. Charlebois: Peut être qu'il faut lire aussi l'article 141. 6 où les règles d'utilisation sont

approuvées par le conseil et, dans le cas des règles dont on parle, qui sont élaborées sous l'autorité du DSP, le conseil d'administration obtient un avis du CMDP et non pas une recommandation, ce qui...

M. Trudel: Un avis, mais il doit y avoir approbation par...

M. Charlebois: ...le conseil.

M. Trudel: ...par le conseil.

M. Charlebois: L'instance supérieure, il faut qu'elle approuve ça. Ça devient un règlement de l'établissement.

M. Trudel: Mais vous avez noté une modification tantôt au troisième alinéa, quant aux ressources matérielles utilisées par rapport... *Aïe!* Je m'excuse, j'en ai manqué un petit bout, à moins que je ne fasse erreur, là.

M. Iglesias: C'est "utilisées par les médecins et dentistes", les ressources qu'ils utilisent.

M. Trudel: C'est plus restrictif que ça ne l'était dans la loi actuelle, c'est ça?

M. Charlebois: Non, c'est plus large.

M. Trudel: Plus large?

M. Iglesias: Parce que, avant, on n'incluait pas les ressources humaines elles-mêmes, là. Par exemple, lorsque le médecin est de garde, c'est une ressource; avant, on parlait uniquement des ressources matérielles tandis que, maintenant, les règles, les sanctions administratives pourraient s'appliquer à des défauts par rapport à la garde, entre autres, compte tenu qu'on parle des ressources humaines.

M. Trudel: C'est correct. Non, c'est parce que, par rapport au 3^e, on dit: "Il doit élaborer pour son département des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes."

M. Iglesias: C'est ça.

M. Trudel: C'est seulement sur les ressources matérielles, pour l'instant. Tantôt, on va revenir sur la question de la garde, mais c'est parce que M. Charlebois a noté une modification tantôt. C'est plus large que ça ne l'est actuellement; ça, c'est plus large, les ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes, que ça ne l'est actuellement?

M. Charlebois: Actuellement, tout ce qu'on a, c'est "élaborer, pour son département, des

règles d'utilisation des ressources employées par les médecins".

M. Iglesias: La loi dit: "élabore pour son département des règles d'utilisation des ressources du centre hospitalier."

M. Trudel: C'est ça.

M. Côté (Charlesbourg): La loi actuelle.

M. Iglesias: Ça, c'est plus précis.

M. Trudel: C'est plus précis, bon, enfin.

M. Côté (Charlesbourg): Plus précis, oui. Ce que M. Charlebois vous donnait, c'était ce qui était dans la loi 120.

M. Iglesias: 120, c'est ça.

M. Charlebois: Loi actuelle, loi 120, c'est...

M. Trudel: C'est ce que je disais à matin. Ha, ha, ha! Très bien. Là où c'est rendu, c'est au moins clair. Les exceptions pour la radiologie et les laboratoires de biologie médicale et, ayant l'information pour comprendre... C'est quoi la base du raisonnement pour les exceptions où, là, ça inclut toutes les ressources, y compris, donc, toutes les autres ressources humaines non médicales? C'est quoi, le raisonnement, à la base?

M. Iglesias: C'est qu'au niveau de la biologie, le processus analytique et l'instrumentation sont intimement reliés à l'obtention du résultat et, dans la gérance de tout ça, il y a quelque chose qui a été gagné par l'expérience: voir à ce que ce soit la même personne, le chef médical, qui dirige le laboratoire de biologie. Il y a un lien très étroit entre le travail médical d'aider à arriver à un diagnostic par l'application des tests et la fabrication de ces tests-là. C'est un travail qui est intimement lié, entre la vérification des indications observées, le conseil aux collègues, le cheminement analytique pour déterminer quel type d'analyse va se faire, l'évaluation et l'administration du laboratoire. Là-dessus, l'expérience a montré qu'il y a un gain considérable à avoir.

Au niveau de la radiologie, c'est la même chose. À partir du moment où il y a une indication de la technique qu'on va employer, il y a une interrelation très directe entre le personnel technique et le radiologiste. Parfois même, de plus en plus, on travaille au niveau de la radiologie d'intervention. C'est une équipe, qui est dirigée par le médecin, qui produit une imagerie immédiatement, dans le même temps qu'on intervient sur le patient.

Alors, ça revient presque... Une équipe, ça prend un chef. Alors, le chef, c'est celui qui

coordonne...

M. Trudel: On n'a pas le temps d'avoir deux chefs, si je comprends bien, quand on est en train de faire l'opération et qu'on a besoin du radiologiste. On n'a pas le temps d'avoir deux chefs dans cette situation-là.

M. Iglesias: C'est un endroit où la production du document, que ce soit une analyse, tout ça, est intimement liée. C'est difficile à voir dans... On peut en discuter comme étant les uniques cas, mais c'est ceux qui sont évidents qui ont porté fruit dans l'expérience du centre hospitalier, là où il y a ces organisations-là. Il y a d'autres cas qui ne sont pas mentionnés ici - il n'y a pas que la pharmacie - qui pourraient être discutés, par exemple, mais qui sont moins durs, si on peut dire: certains éléments des départements de psychiatrie, certains éléments de la physiothérapie. Mais ils sont moins durs et moins "prouvants" que ceux-là. Ceux-là ont fait leurs preuves depuis pratiquement sept ou huit ans.

M. Trudel: Écoutez, voilà un domaine où nous avons besoin de l'expertise disciplinaire pour nous dicter que, sur le résultat sur le plan scientifique...

M. Iglesias: Et administratif.

M. Trudel: ...et administratif, mais sur le plan scientifique, sur l'approbation que les résultats soient probants, on a besoin d'un type d'organisation particulier et il est bien difficile pour quiconque autour de la table de se prononcer là-dessus. Ça fait partie de la responsabilisation de la profession de faire la démonstration. Semble-t-il, donc, que la démonstration a été faite et, cher docteur, vous me convainquez parfaitement. Ça m'a l'air que c'est là que ça a été le plus probant et le plus prouvé. Il faut avoir cette façon d'organiser. Mais, encore là, je sais la réponse. Vous allez nous refaire l'observation.

Tout ça, en ce qui concerne les établissements hospitaliers, en particulier les centres hospitaliers, ça ne s'est pas fait en consultation non plus avec l'autre partie qui a à vivre ça, c'est-à-dire l'administration du centre hospitalier. Il y a eu des échanges que je reconnais, qu'il faut reconnaître, avec les scientifiques et les professionnels concernés. Ça regarde également l'organisation, donc, du travail, et ça se fait, cette démonstration-là; et les gens des centres hospitaliers n'ont pas été, là-dessus non plus, consultés.

M. Côté (Charlesbourg): Ils sont informés de ce résultat et, de ce que j'ai pu comprendre, sans vouloir mal interpréter leur réaction, c'est plusieurs clarifications et une nouveauté qu'ils

acceptent avec beaucoup de satisfaction.

M. Trudel: Faire la liste de garde. Le chef de département clinique est donc tenu de faire la liste de garde...

M. Iglesias: Conformément au règlement.

M. Trudel: Est-ce qu'on dit: du CMDP?

M. Iglesias: Oui.

M. Trudel: Et de veiller à son application. La liste de garde dans son département?

M. Iglesias: Oui. Faire une liste de garde c'est, à partir des modalités qui ont été sous les recommandations du conseil des médecins au conseil d'administration, attribuer des individus pour combler ces cadres de référence là. Ça peut être, un exemple: dans telle spécialité, la garde va se faire sur place, dans telle spécialité, la garde va se faire sur appel et, dans tel cas, il faut qu'il y ait un médecin qui est en premier appel, il faut un médecin qui est en deuxième appel. Dans d'autres cas, ça peut être que certaines gardes puissent se faire à plusieurs départements: la chirurgie générale peut faire la garde avec le département de chirurgie vasculaire et thoracique.

À ce moment-là, il peut y avoir un chirurgien général de garde, sur appel, et il y en a un en deuxième ligne au niveau de l'autre spécialité, en cas qu'il y ait des problèmes. Donc, les modalités sont déterminées par le conseil des médecins et dentistes qui connaît la problématique des services à donner. Et, après ça, le chef doit prendre ça et mettre des noms après cette liste-là, et voir à ce que les gens viennent effectivement.

M. Trudel: C'est tout à fait normal que, suivant les secteurs concernés, le service de garde ne réponde pas aux mêmes impératifs, n'ait pas à répondre aux mêmes obligations, aux mêmes pressions, etc. Il y a des règles particulières suivant les secteurs, mais pour les salles d'urgence, où s'élabore la liste de garde?

M. Iglesias: La liste de garde à l'urgence est sous la responsabilité du chef du département qui va avoir la charge de l'urgence et ça, là-dessus, dans cette loi, on ne s'est pas prononcé. Ce n'est pas...

M. Trudel: Je remarque ça, oui, qu'on ne s'est pas prononcé là-dessus.

M. Iglesias: C'est bon, hein?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Là où il y a des problèmes, on

ne s'en occupe pas?

M. Iglesias: Non, au contraire. Il était annoncé dans les orientations de M. le ministre que l'urgence pourrait avoir le statut d'un département. Dans le livre blanc, c'est les orientations.

M. Trudel: Oui, oui.

M. Iglesias: Et...

M. Trudel: La suite du monde...

M. Iglesias: À ce moment-là, la liberté va être donnée de pouvoir utiliser ces choses-là, tandis qu'on a remarqué tantôt qu'au niveau du département de médecine générale, dans l'ancien règlement, dans le règlement actuel, il y a quelque chose qui dit: "des soins généraux donnés à l'urgence", dans le règlement, la partie du règlement qui a été envoyée au niveau de la loi. Vous vous rappelez, tantôt? "Ce département doit notamment - c'est dans la loi actuelle - assumer la responsabilité des soins primaires fournis au service d'urgence et les consultations externes de soins généraux." On n'a pas répété ça dans le département de médecine générale.

M. Trudel: Ça laisse la porte... C'était dans le règlement, que vous avez dit. La loi... C'était le règlement...

M. Iglesias: C'est le règlement de la loi actuelle. Dans la loi...

M. Trudel: Dans la loi actuelle. Dans le règlement relié à la loi actuelle. Ils vont continuer à exister, ces règlements-là.

M. Iglesias: C'est ça. Ils peuvent être remplacés également.

M. Trudel: Oui, oui. Comme ils le pouvaient dans la loi actuelle aussi, en vertu de 410 et quelque chose, quelque part.

M. Iglesias: La garde à l'urgence, pour l'urgence, doit être faite par le chef de département de qui dépend l'urgence. Naturellement, la contribution des autres départements à l'urgence, département de chirurgie, de médecine, de psychiatrie doit être faite par le chef de chacun des départements, et il y a quelqu'un qui a la responsabilité de voir à la coordination; on va le voir demain. Le directeur des services professionnels coordonne l'activité des chefs et, naturellement, ça comprend la coordination de la fabrication de la liste de garde.

M. Trudel: La salle d'urgence est toujours rattachée à un département?

M. Iglesias: La salle d'urgence est rattachée...

M. Trudel: Pas la salle d'urgence, les services de garde à l'urgence, je m'excuse.

M. Iglesias: La garde à l'urgence a deux volets. Il y a la présence de quelqu'un qui est à l'urgence - habituellement, c'est un médecin généraliste - et il y a également les gens qui viennent des autres départements: le chirurgien, le psychiatre, etc. Les gens qui viennent d'autres départements.

M. Trudel: Le service de l'urgence est toujours, dans tous les centres hospitaliers, rattaché à un département?

M. Iglesias: Le service d'urgence est toujours un département dans quelques cas et, dans certains cas, il est rattaché...

M. Trudel: Toujours un département dans quelques cas?

M. Iglesias: Il est toujours un département ou rattaché à un département. Excusez-moi. Il est un département, un service ou rattaché à un département. Toujours. Exemple: Parfois, c'est une entité du département de médecine générale.

M. Trudel: Oui.

M. Iglesias: À ce moment-là, c'est le chef de médecine générale qui fait la liste de garde.

Le Président (M. Joly): M. le député, est-ce que l'amendement à l'article 141.3 est adopté?

M. Trudel: Il n'en restera pas long. Deux ou trois questions demain matin et on l'adoptera en entrant.

Le Président (M. Joly): Compte tenu de l'heure, nous ajournons nos travaux à demain matin, 10 heures.

(Fin de la séance à 22 heures)