



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 9 mai 2012 — Vol. 42 N° 55

Consultations particulières sur le projet de loi n° 59 — Loi
concernant le partage de certains renseignements de santé (4)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 9 mai 2012 — Vol. 42 N° 55

Table des matières

Auditions (suite)	1
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	1
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)	9
Mémoires déposés	17

Intervenants

M. Gerry Sklavounos, président

M. Yves Bolduc
Mme Agnès Maltais
Mme Danielle Doyer
M. René Gauvreau

- * M. Sylvain Dion, FMOQ
- * M. Claude Saucier, idem
- * Mme Christiane Larouche, idem
- * M. Gaétan Barrette, FMSQ

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 9 mai 2012 — Vol. 42 N° 55

**Consultations particulières sur le projet de loi n° 59 — Loi
concernant le partage de certains renseignements de santé (4)**

(Onze heures trente-six minutes)

Le Président (M. Sklavounos): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Je vais demander à toutes les personnes de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

Nous sommes réunis à la salle du Conseil législatif de l'Assemblée nationale, à la Commission de la santé et des services sociaux, pour les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 59, Loi concernant le partage de certains renseignements de santé.

Je constate le quorum. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir prendre un instant afin d'éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires ou de les mettre en mode vibration, s'il vous plaît.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Dufour (René-Lévesque) sera remplacé par Mme Maltais (Taschereau); M. Pelletier (Saint-Hyacinthe), par Mme Doyer (Matapédia); et M. Traversy (Terrebonne), par M. Gauvreau (Groulx).

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la secrétaire. Alors, je salue le ministre, les gens qui l'accompagnent, députés ministériels, députés de l'opposition officielle, Mme la députée de Taschereau, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Auditions (suite)

Et je crois que nous avons les représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec qui sont présents dans la salle, je vais leur demander de prendre place.

Alors, j'ai le plaisir d'accueillir la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, représentée, entre autres, par le Dr Claude Saucier, deuxième vice-président, qui est au centre, et, à sa gauche, Me Christiane Larouche, qui est présente. Il me manque un nom, Mme la secrétaire, nous avons une troisième personne. Je vais lui demander de s'identifier pour les fins de l'enregistrement.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Dion (Sylvain): Dr Sylvain Dion, secrétaire général de la Fédération des médecins omnipraticiens.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, bienvenue. Sans plus tarder, comme pour les autres groupes qui ont témoigné devant nous, vous aurez une période de 10 minutes afin de faire votre présentation, à partir de maintenant. Et par la suite nous allons ouvrir sur la période d'échange avec le gouvernement et l'opposition officielle. Alors, sans plus tarder, Dr Saucier, la parole est à vous.

M. Saucier (Claude): Alors, merci beaucoup. D'abord, je voudrais remercier la commission de nous accueillir pour qu'on puisse venir émettre nos opinions et nos commentaires sur le projet de loi. Depuis 2006, la FMOQ est un fier partenaire du DSQ. On a tenté d'être présents à tous les niveaux lorsque le ministère demandait de participer; et d'ailleurs, personnellement, moi, j'ai participé au comité consultatif clinique depuis sa mise en place en 2005-2006. On a aussi participé de façon active au comité des enjeux juridiques en 2008. Me Larouche était notre représentante.

Je pense que, dans son ensemble, il y a eu une grande amélioration du projet, mais on pense qu'il demeure encore perfectible pour le rendre plus convivial. Et, à cet effet, j'aimerais vous présenter six points spécifiques qui pourraient être améliorés.

Premièrement, quant à l'obligation des médecins de communiquer des renseignements, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec est convaincue que la vaste majorité des omnipraticiens vont adhérer au DSQ. D'ailleurs, l'an passé, on avait signé une entente sur le DSQ et, plus récemment, on a une entente de principe sur les dossiers médicaux électroniques, qui inclut aussi le DSQ. Donc, on a des façons incitatives de faire en sorte que les médecins devraient adhérer et au DME et au DSQ.

Dans un premier temps, le projet de loi ne fait pas d'obligation d'adhésion, ce qui était une de nos recommandations, mais on aimerait clarifier un point en particulier. À l'article 37, où on demande... où on oblige d'alimenter le DSQ au sujet des allergies et des intolérances, et aussi en ce qui touche la modification proposée à la Loi sur la santé publique, qui demande de donner plusieurs détails sur la vaccination, on se demande s'il n'y a pas une espèce de contradiction, c'est-à-dire que d'une part l'article 3 dit que seuls les intervenants autorisés peuvent alimenter et, dans l'article 37, on demande que tous les professionnels, tous les médecins alimentent au niveau des allergies et des intolérances. Donc, on aimerait avoir certaines précisions à ce sujet.

● (11 h 40) ●

On n'est pas nécessairement contre le fait que tous les médecins soient obligés. Cependant, il faudrait s'organiser pour que ce soit fait simplement et facilement pour les médecins, ceux qui participent au DSQ, mais ceux qui n'y participent pas aussi.

Donc, la première recommandation serait de clarifier le projet de loi sur l'obligation ou non d'alimenter les banques de renseignements, prévoir des règles facilitantes pour tous les médecins de famille et prévoir que les médecins de famille ne seront pas tenus eux-mêmes de communiquer tous les renseignements.

Deuxième point, l'autorisation d'accès au personnel de soutien des médecins. À l'article 66, on ne mentionne pas le personnel de soutien comme intervenant autorisé. Pourtant, lors du consensus du comité des enjeux juridiques, il en avait été question. Toujours, dans le même article, au paragraphe 10°, le personnel technique des pharmaciens autorisés pourra avoir accès au DSQ. Alors, on se demande comment ça se fait que le personnel de support des médecins ne pourrait pas y avoir accès.

Les médecins sont responsables de la confidentialité pour eux-mêmes et pour leur personnel, et ça, c'est régi par le code de déontologie aux articles 8 et 20. Donc, ça fait déjà partie de nos habitudes et notre façon de fonctionner. La confidentialité, c'est un aspect très important chez les médecins de famille. Donc, on devrait faire en sorte que notre personnel de soutien puisse avoir accès.

Donc, la deuxième recommandation, c'est d'ajouter après le paragraphe 10° de l'article 66: «une personne qui rend des services de soutien à un médecin visé aux paragraphes 1° ou 2°».

Troisième point, le maintien des systèmes en place de transmission de laboratoire et d'imagerie médicale. Pour nous, c'est un point fort important. Actuellement, les établissements transmettent les rapports directement aux médecins de famille, que ce soit papier, que ce soit par télécopieur, que ce soit par voie électronique. On pourrait penser que, peut-être, les établissements seraient tentés, pour des raisons d'économie, d'utiliser le DSQ pour envoyer... pour faire parvenir les résultats de labo et d'imagerie. Or, le DSQ n'est pas conçu pour assurer le suivi des résultats, que ce soit au niveau des alertes, des rappels, les confirmations sur les résultats de laboratoire, et il y va de la sécurité des patients.

Donc, on insiste sur le maintien des systèmes actuels, en place, pour la transmission des résultats de laboratoire et d'imagerie médicale.

Quatrième point, la consignation des renseignements provenant du DSQ. À l'article 97, le médecin pourrait consigner dans son dossier les renseignements nécessaires à la prestation des services. Alors, on aimerait clarifier deux termes, celui de «consigner» et «nécessaires».

Pour nous, «consigner» doit obligatoirement vouloir dire qu'on peut pouvoir le faire par écrit, par photocopie ou par téléchargement, ou autres. Ce n'est pas simplement de visualiser, on doit pouvoir intégrer les données dans notre dossier.

Quant au mot «nécessaires» dans cet article, pour la fédération, c'est un point névralgique et qu'on trouve abusivement restrictif. «Nécessaires», il y a certaines situations, que ce soit un cas... Un patient qui est vu dans notre clinique sans rendez-vous, peut-être que ce n'est pas nécessaire d'aller voir le DSQ ou de retenir les données. Mais, dans une consultation régulière, compte tenu que les médecins de famille font un suivi longitudinal, on pense que tout ce qui est contenu dans le DSQ n'a pas besoin d'être nécessaire au moment de la consultation, mais il peut être pertinent, donc tout ce qui est dans le DSQ pourrait être pertinent pour le suivi longitudinal d'un patient, et qu'on pourrait y avoir accès à ce moment-là.

Cinquième point, consentement du patient à la transmission de renseignements issus du DSQ. On demande une autorisation écrite du patient pour les données du DSQ. Or, pour nous, ce qui est dans le dossier local et dans le dossier du DSQ, ça ne fait qu'un. On veut avoir un seul dossier, donc on va importer ce qui est dans le DSQ pour que ça fasse partie intégrante du dossier local. Alors, à ce moment-là, on ne voit pas pourquoi on aurait besoin de deux autorisations du patient.

Quand un patient nous autorise, pour nous, il nous autorise à communiquer l'information, que ce soit dans le dossier local ou le dossier DSQ, ça ne fait qu'un. Alors, imaginez-vous que, si un patient avait l'idée de signer pour le dossier local et de refuser pour les données dans le DSQ, le docteur aurait à trier un tas d'information, savoir: Qu'est-ce qu'on envoie, qu'est-ce qu'on n'envoie pas? Puis je pense que, si on est au courant, on a connaissance de certaines données, on ne peut pas en faire fi et ignorer ces données-là, même si elles sont dans le DSQ.

Sixième point, les effets du refus de l'accès à des renseignements antérieurs. À l'article 48, on prévoit le refus du patient mais le maintien de la collecte des données, et on pense que c'est un point très positif. Je vais vous donner trois situations.

Dans un premier temps, un patient qui refuse ou qui ne participe pas au DSQ. Bon, je pense que c'est le choix du patient. Cependant, pour nous, en médecine familiale, on pense que ça soulève un drapeau rouge. Ça fait une drôle de relation médecin-patient quand on sait que le patient cache des choses ou ne veut pas les dévoiler, mais on va devoir vivre avec ça.

Deuxième situation, un patient qui refuse, suivant une période de participation, annulerait l'accès aux données antérieures. On pense que ça n'a... ça ne fait pas de sens qu'on fasse abstraction des données antérieures. Si j'ai vu un patient et que j'ai pris des décisions cliniques en lien avec les données qui étaient dans le DSQ, ce n'est pas parce que le patient dit: «Moi, dorénavant je refuse» que je ne pourrais pas avoir accès; c'est à partir de ces données-là que j'ai pris des décisions cliniques, je devrais continuer d'y avoir accès.

Quant à la participation suite à un refus, un patient qui voudrait réintégrer le DSQ mais qui avait antérieurement refusé, on trouve que, là non plus, ça ne fait pas de sens que le patient puisse décider quelles données il veut faire voir au médecin, dans quel domaine il est prêt à ouvrir le dossier, alors qu'il pourrait bloquer d'autres domaines. Je pense que ce n'est pas au patient de sélectionner lui-même qu'est-ce qui pourrait être important puis qu'est-ce qui ne l'est pas pour sa santé. Je pense qu'il faut qu'on ait une idée globale. Et, à ce moment-là, le DSQ perdrait de sa crédibilité et de sa fiabilité.

La recommandation est de permettre à la personne qui avait manifesté un refus soit de refuser ou d'autoriser pour l'ensemble des domaines et non pas de sélectionner à la carte ce qu'il voudrait qui soit connu de...

Le Président (M. Sklavounos): Dr Saucier, vous êtes rendu à 10 minutes. Je ne sais pas s'il vous reste beaucoup...

M. Saucier (Claude): Non, je termine.

Le Président (M. Sklavounos): Vous terminez? Alors, on va aller sur le temps des ministériels, avec le consentement du ministre. Ce sera sur le temps des ministériels. Allez-y, poursuivez, Dr Saucier.

M. Saucier (Claude): Écoutez, en conclusion, il y a beaucoup de chemin qui a été fait depuis 2006, il y a des investissements humains et financiers considérables, je pense qu'on ne doit pas rater la chance de faire du DSQ un véritable outil clinique pour le médecin de famille, mais surtout pour le patient. On a actuellement un momentum assez impressionnant, où les conditions sont là pour que les médecins de famille embarquent dans l'informatique, dans le DSQ, dans le DME. On ne doit pas manquer cette occasion.

Juste un petit point, en terminant. On a quand même un peu d'inquiétude sur le déploiement et le calendrier du DSQ, ça nous apparaît actuellement nébuleux, on aimerait avoir un peu plus d'informations. Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, merci, Dr Saucier, pour cette présentation. Sans plus tarder, je vais céder la parole à M. le ministre de la Santé et des Services sociaux pour le premier bloc d'échange. Allez-y, M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, merci, Dr Saucier, très belle présentation. Si je comprends bien, pour la majorité des articles du projet de loi, vous êtes quand même en accord avec ce qu'il y a dans le projet de loi.

M. Saucier (Claude): Oui. Je pense qu'il y a eu beaucoup de chemin de fait. Le comité sur les enjeux juridiques a fait, à mon avis, bouger plusieurs choses. On vous amène des points qui nous apparaissent importants. Si on veut que ce soit convivial, que ce soit facilement accepté par les médecins omnipraticiens, il y a encore des choses à corriger ou à améliorer, mais, dans l'ensemble, on trouve qu'il y a eu une amélioration sensible.

M. Bolduc: Puis, compte tenu que vous faites partie intégrante du déploiement du Dossier santé Québec que nous sommes en train de faire au Québec, c'est quoi, les échos que vous avez eus de l'informatisation au niveau de la région de Québec, qui était notre projet pilote? Savez-vous des échos par rapport à ça?

Le Président (M. Sklavounos): Dr Saucier.

● (11 h 50) ●

M. Saucier (Claude): Actuellement, il n'y a pas beaucoup d'échos, je ne peux pas vous parler... Tantôt, en finissant, quand je vous ai dit qu'on aimerait être au courant un peu plus, il nous manque de l'information, là, on voudrait savoir: C'est rendu où? Comment ça fonctionne? Techniquement, technologiquement, est-ce que ça évolue bien? Est-ce que c'est adopté par les médecins? Qu'est-ce qui se passe, là? On aimerait ça être au courant un peu plus pour éventuellement savoir le déploiement va se faire où, et quand, et comment.

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, habituellement, ce qui va assez bien, on n'en entend pas beaucoup parler. C'est la règle générale. Puis je vous dirais que ce que nous savons de... Ici, à Québec, en général, au niveau des cliniques, c'est bien reçu. Actuellement, il y a des passerelles qui sont en train de se faire entre le Dossier santé Québec et également les dossiers médicaux électroniques dans les bureaux de médecins. Les plateformes sont en train de se mettre en place puis également les interfaces. Il y a des dossiers, d'ailleurs, qu'ils sont capables d'aller chercher, directement dans le DSQ, l'information.

D'ailleurs, ça m'apporte sur un point, puis c'est peut-être le point principal que je veux discuter avec vous, c'est: pour nous, là, le Dossier santé Québec et le dossier médical électronique dans le bureau du médecin, ce n'est pas le même dossier. Et il faut qu'il y ait une certaine passerelle entre les deux, tout simplement.

Puis je vais vous donner un exemple, je pense que vous allez bien comprendre, c'est que, quand je suis médecin de famille puis j'ai mon propre dossier et que les assurances me demandent de l'information, je transfère l'information que j'ai dans mon dossier. Mais le Dossier santé Québec, il va avoir une protection pour que, justement, les employeurs... ou qu'une compagnie d'assurance demanderait juste à voir tel médecin, et le médecin aurait accès au Dossier santé Québec et, à ce moment-là, pourrait aller chercher toute l'information, qui est le dossier personnel du patient, dans le Dossier santé Québec, ça, il y a une passerelle qu'on veut faire, parce que, le Dossier santé Québec ayant toute l'information... Puis là on ne veut pas jouer à la cachette, mais il reste qu'il y a des assurances, on le sait, qui aimeraient avoir cette façon facile d'avoir accès à tous, tous les antécédents, et on croit, encore là, que ça doit rester au niveau du bureau du médecin. Ça, c'est la principale raison que je vous dirais qu'il y a une certaine muraille de Chine entre les deux. Mais il peut y avoir des communications. Exemple, ce qu'on voit dans le Dossier santé Québec, c'est qu'il y a de l'information qui peut être virée dans le dossier du patient électronique.

Donc, c'est sûr qu'à l'usage on va voir un peu comment ça fonctionne, mais je vous dirais que Dossier santé Québec, dossier clinique informatisé dans les établissements de santé et le dossier médical électronique dans le bureau du médecin,

c'est trois dossiers qui sont différents, dans lesquels ils peuvent partager les données mais également dans lesquels on veut garder une certaine différence.

Il y a des gens qui vont vous dire: Ça serait-u bien d'avoir un seul dossier pour tout le monde? Moi, la question que je poserais à un médecin, là: Est-ce que vous voudriez que vos notes que vous écrivez, ce soit public et que tout le monde pourrait y avoir accès? Je ne suis pas certain qu'on est rendus là. Parce que là ça va bien quand on parle d'un diabète, ça va bien quand on parle d'un infarctus, mais, quand on parle santé mentale, toxicomanie, dépendance, je ne suis pas certain que les gens voudraient que toutes les informations qui sont colligées dans le dossier du médecin soient rendues disponibles.

Là, un des arguments, les gens vont dire: Oui, mais les professionnels? Bien, on a tous des professionnels avec des beaux-frères, des belles-soeurs et puis qu'à un moment donné ils viennent à toucher aux dossiers. Donc, il y a une protection à faire de ce côté-là.

Il faut être pragmatique là-dedans. Ce qui n'empêche pas de rendre disponible l'information utile, je dirais même nécessaire, pour que le patient soit bien soigné. Je voudrais peut-être entendre vos commentaires là-dessus, là, on peut discuter un peu.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Saucier.

M. Saucier (Claude): Écoutez, effectivement que je ne serais pas nécessairement d'accord pour que les dossiers soient, en général, sur le Web, mais que ça fonctionne à sens unique, oui, que toutes les composantes d'un dossier, que ce soit dans un établissement, que ce soit chez un autre médecin, que ça s'en vienne dans mon dossier... Je pense que là on a une relation privilégiée avec un patient et, que l'information s'en vienne là, je pense qu'il ne devrait pas y avoir de problème. Parce que, ce que j'ai besoin quand ça fait des années et des années que je suis un patient, je le suis de façon longitudinale, là, j'ai besoin de toutes les informations d'il y a 10 ans, il y a cinq ans. Donc, j'ai besoin de collecter l'ensemble des données, et l'endroit privilégié, c'est dans le bureau du médecin, où là je pense qu'il y a un lien de confiance particulier.

Deuxièmement, pour ce qui est de l'accès aux différents professionnels, moi, je pense sincèrement que, que ce soit avec le Dossier santé du Québec ou les DME, la protection est énormément plus importante qu'avec les dossiers papier. Tout est retraçable. Quelqu'un qui entre, qui va dans le dossier, on va savoir qui, quand, quelle heure, alors que là le dossier papier... On s'inquiète moins du dossier papier, pourtant on devrait s'inquiéter pas mal plus. Avec le dossier électronique, il va y avoir des mécanismes de protection assez impressionnants. Donc, ça, que ce soit accessible à tous les professionnels... Je pense que les professionnels, en général, sont régis par des ordres avec des règlements puis de la confidentialité, donc ça ne m'inquiète pas trop.

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre.

M. Bolduc: Oui. Puis je suis d'accord avec vous que la confidentialité est beaucoup plus grande avec le dossier électronique qu'avec le dossier papier, à cause de la traçabilité, puis également ça prend un code d'accès pour pouvoir accéder à l'information.

Il faut quand même y aller avec une règle. Si un professionnel ou une catégorie de professionnels n'a pas besoin d'une information, que l'information ne lui serait pas utile, à ce moment-là on ne devrait pas la rendre disponible; c'est un mécanisme de protection supplémentaire. Mais, encore là, ça, c'est des choses qui peuvent se déterminer... Je vais vous donner un exemple: Un travailleur social a-t-il besoin de voir les rayons X d'un patient? Je pense qu'il y a des questions comme ça qu'on se pose. Par contre, tout professionnel à qui ça pourrait être utile dans le cadre de son travail, pour améliorer des soins, je pense qu'on devrait avoir une ouverture pour la rendre disponible, l'information.

Par rapport aux autres éléments, nos équipes en ont pris note, moi également. La question d'obligation par rapport à l'autorisation du personnel de soutien, ça, on va en faire la réflexion. C'est certain qu'on veut quand même être assez restrictifs, parce que souvent des... Bon, votre personnel de soutien pourrait y avoir accès, mais théoriquement, là, c'est le professionnel qui doit avoir accès à l'information. Puis, si on donne l'autorisation à la secrétaire d'aller chercher l'information, alors, ça, c'est une réflexion qu'on va devoir faire; puis je suis certain que l'opposition va nous questionner là-dessus. Mais on va faire la réflexion. Mais, ça, je ne peux pas vous dire un oui ou un non.

Pour ce qu'il s'agit de l'avancée au niveau du Dossier santé Québec, vous avez raison, c'est un dossier qui avance très bien: très bonne acceptabilité sociale, très bonne acceptabilité de la part des professionnels. Là, nous en sommes rendus à la phase de déploiement. D'ailleurs, c'est pour ça que ça nous prend le projet de loi, parce qu'on fonctionne actuellement sur des projets pilotes. Et on a annoncé récemment qu'on était dans la région de Montréal, mais on veut également faire tout le Québec. Ça fait qu'on a fait la région de Québec, Lanaudière, l'Estrie, là on est dans Montréal, et on aimerait ça, au cours des deux, trois prochaines années, procéder pour tout le Québec de façon à rendre disponible le Dossier santé Québec.

Et plus il y a des gens qui sont connectés, entre autres les pharmacies, plus ça va être utile, parce que ça veut dire qu'à un moment donné on va être capables d'avoir au moins les trois grands chantiers, qui sont les laboratoires, la radiologie et puis également le médicament, disponibles pour tous les professionnels et pour tous les citoyens. Donc, ça, c'est un gros avantage. Je ne sais pas s'ils veulent faire des commentaires, mais, pour moi, M. le Président, ce serait terminé.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Saucier, par la suite M. Dion.

M. Saucier (Claude): Oui. Écoutez, nous, c'est particulièrement important que notre personnel de soutien puisse y avoir accès. Il faut réaliser qu'actuellement, avec le dossier papier, notre personnel a accès et nous rend des services. On veut que les docteurs, on veut que les médecins de famille soient plus efficaces, plus productifs, bien on doit utiliser du personnel de support pour nous aider. Actuellement, on le fait déjà au niveau papier. Que notre personnel de soutien ait accès au DSQ, est-ce que par réglementation on pourrait déterminer à quoi ils ont droit? Je pense qu'on aimerait collaborer puis participer s'il y a un comité à cet effet. On est d'accord qu'il peut y avoir des limites, mais déjà, en ce moment, notre personnel nous aide beaucoup. Je pense que le DSQ doit continuer dans ce sens-là, là, il ne faut pas que ce soit un obstacle, là.

M. Bolduc: Bien, la réponse, c'est comme je vous dis: On va en faire la réflexion.

Le Président (M. Sklavounos): M. Dion, vous vouliez... Ça va? Ça va aller, vous êtes couvert. Ça va du côté du ministériel? Alors, je vais céder la parole de l'autre côté, à Mme la députée de Taschereau, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé. La parole est à vous.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Bonjour à la FMOQ. Bonjour, Dr Saucier, Me Lachance, M. Dion. Bienvenue à cette table de commission parlementaire. Je vous remercie pour votre mémoire.

Je vais vous dire, au fil du temps, on est en train un peu de débroussailler ce que contient ce projet de loi là, ce qui a été... Beaucoup de mémoires l'ont considéré comme complexe, parfois inutilement complexe, alors on va faire le travail nécessaire, on va accompagner, on va essayer d'accompagner le gouvernement. Mais, je vais vous dire, on est assez ouverts pour essayer de rendre les dossiers accessibles aux médecins et aux personnes qui travaillent, et aussi au personnel soignant.

Je vous le dis d'entrée de jeu: Il y a un problème, c'est à l'article 1. On dit que ce projet de loi là est là «afin d'améliorer la qualité et la sécurité des services de santé et des services sociaux ainsi que l'accès à ces services». C'est ce dont nous allons parler. Mais il y a aussi une partie qui est: «afin de permettre une gestion et une utilisation maîtrisée de l'information sociosanitaire permettant d'améliorer la qualité, l'efficacité et la performance du système québécois de santé». Quand on sait qu'on a devant nous un gouvernement qui a essayé d'imposer le ticket modérateur, vous comprendrez que cette partie-là va faire partie de beaucoup de discussions en commission parlementaire.

Sur la première partie, dans votre mémoire, et le ministre vient d'en parler, en page 8, vous soulignez que le projet de loi ne prévoit pas pour votre personnel de soutien d'avoir accès au DSQ. Pourtant, sur le site Internet du Dossier santé Québec, je suis allée voir ce matin même, dans la section *Le droit à la vie privée et le respect de la protection des renseignements*, on peut lire ceci, je cite le site Internet du ministère: «Votre DSQ sera progressivement accessible aux professionnels qui vous prodiguent des soins et des services de santé et à ceux qui travaillent sous leur autorité immédiate, et uniquement [...] eux, soit: les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les assistants techniques en pharmacie, les archivistes médicaux [et] le personnel clinicoadministratif.» Est-ce que ce personnel clinicoadministratif qui est déjà prévu comme devant avoir des droits d'accès, c'est le personnel auquel vous faite référence?

● (12 heures) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. Dr Saucier.

M. Saucier (Claude): Vous nous apprenez quelque chose, là, ça nous a échappé. Effectivement que, si c'est la portée de la loi, on est tout à fait...

Mme Larouche (Christiane): Juste un commentaire, si vous permettez.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y, Me Larouche.

Mme Maltais: Je vais juste... Si vous permettez.

Le Président (M. Sklavounos): Oui?

Mme Maltais: Je vais juste... Parce que, tout de suite, là, déjà, on vient de ne pas bien se comprendre. Pour que vous compreniez bien la question, ce que je viens de citer, c'est le site Internet du ministère. La loi ne le dit pas. Autrement dit, on donne actuellement aux citoyens, citoyennes du Québec, via le site Internet, une information qui n'est pas celle qui est contenue dans le projet de loi.

Mme Larouche (Christiane): Bien, en fait, la loi permet, par règlement, d'amender pour ajouter d'autres intervenants. Donc, la possibilité théorique existerait. Mais la fédération va au-delà de ça et elle demande qu'à l'intérieur même de la loi, dès maintenant, et pas par règlement, on reconnaisse qu'effectivement les médecins de famille veulent avoir la possibilité de recevoir le soutien de leur personnel.

Puis j'ajouterais simplement qu'il y avait consensus, lors du comité sur les enjeux juridiques, entre les différentes organisations, dont les ordres professionnels, que c'était approprié de permettre l'accès au personnel, évidemment avec certaines conditions. Comme le dit le Dr Saucier, je pense que c'est pertinent. Ce n'est peut-être pas un accès à tous les domaines, mais les domaines certainement où il y a besoin de soutien de la part du personnel.

Le Président (M. Sklavounos): ...Larouche. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Alors, on verra, là, il y a deux... dans le même article, dans l'article... en fait, dans cet article-là et ensuite l'article qui suit. Effectivement, le ministre se donne deux fois, deux fois, le même pouvoir réglementaire. Il veut être sûr de pouvoir réglementer en paix sans avoir l'oeil des parlementaires, mais il se donne deux fois le pouvoir réglementaire d'introduire de nouvelles catégories. Je pense qu'il faut que ce débat-là soit fait ouvertement en public pour que les gens... Donc, on aura l'occasion de poser au ministre les questions sur pourquoi ce résultat du consensus n'est pas inscrit dans le projet de loi et pourquoi la volonté initiale, qui est affirmée encore ce matin sur le site Internet, n'est pas ce qui est écrit dans le projet de loi. On veillera à ça.

Une autre question. Vous recommandez de maintenir les systèmes actuels de transmission d'examen de laboratoire et d'imagerie, c'est en page 9, et de ne pas intégrer ces communications dans le DSQ. On comprend que vous ne voulez pas que le DSQ devienne l'outil de communication de ces résultats-là, peut-être d'autres, je le sais pas. Pourquoi est-ce que vous souhaitez... Pourquoi vous faites une différence pour les examens de laboratoire et d'imagerie?

M. Saucier (Claude): Le DSQ, c'est principalement un visualiseur, alors que, dans les bureaux, ce qui s'en vient, ce sont des dossiers médicaux électroniques, que je pourrais qualifier d'intelligents, qui font des transactions entre les différents résultats de laboratoire, qui nous avisent s'il y a un problème, qui nous alertent s'il y a un résultat anormal, qui nous dit si on l'a vu, si on a rappelé le patient, si... Donc, ça, ça fait partie... Quand les résultats arrivent dans le dossier médical électronique, on peut faire tout ce genre de transactions, et c'est au quotidien, c'est notre vie. Sinon, ça devient d'une complexité épouvantable si on est obligé d'aller voir à chaque fois dans le visualiseur et qu'on n'a pas ces informations-là.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Je suis probablement trop néophyte en la matière. Je ne suis pas médecin, comme beaucoup de monde autour de cette table. Pouvez-vous vraiment mieux m'expliquer cela?

M. Dion (Sylvain): Il faut bien comprendre que le DSQ, dans notre vision à nous, est un outil complémentaire dans notre activité clinique, qui va nous donner accès à de l'information qu'on n'a pas accès habituellement. On a déjà accès à des données de laboratoire quand on est en lien avec notre hôpital régional, mais c'est intéressant pour notre patient, via le DSQ, d'aller chercher de l'information quand il est ailleurs, qu'il est hospitalisé, ou il y a eu des ordonnances, etc. Notre DME, qui est en voie d'implantation, là, tant en cabinet... puis qu'on veut également avoir en établissement, ça devient un outil où on va traiter de l'information. Il faut que nos laboratoires régionaux puissent continuer de nous alimenter et faire entrer et pousser l'information dans notre dossier médical électronique pour que nous puissions travailler avec cette information-là. Dr Saucier en parlait tout à l'heure, il y a des alertes qui nous sont transmises sur ces dossiers-là; on n'aura pas ça avec le DSQ, parce que c'est un visualiseur. Donc, c'est important qu'on préserve les fonctionnalités qu'on a actuellement, parce qu'on a déjà des médecins qui ont des DME, et ça fonctionne très, très bien. Donc, il ne faut pas que le DSQ vienne remplacer l'organisation clinique qu'on s'est donnée puis qu'on veut se donner partout au Québec avec les dossiers médicaux électroniques.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Oui. O.K. Je comprends bien maintenant: Pourquoi réparer ce qui fonctionne bien?

Vous soulignez aussi, en page 10, et vous en avez parlé tout à l'heure, qu'on pourrait se retrouver avec un besoin, pour les médecins, d'avoir double autorisation, deux fois l'autorisation pour deux dossiers. Il semble pour vous que ce soit un problème. Pourtant, il y a d'autres intervenants ici qui semblaient rassurés par ça. Parce que là on est tout dans la question de l'équilibre entre les droits à la vie privée, à la confidentialité — et que vous connaissez bien, puisque vous avez, vous aussi, des serments puis des règles du jeu de ce côté-là — et l'accessibilité aux informations pour être mieux soigné. Est-ce que vous pouvez nous illustrer à l'aide d'un exemple le problème que pourrait occasionner cette idée d'avoir besoin d'autorisations écrites en double?

Le Président (M. Sklavounos): Dr Saucier.

M. Saucier (Claude): Bien, le principal problème, c'est si un patient acceptait ou signait une autorisation pour mon dossier local et qu'il refusait que je transmette de l'information qui est dans le DSQ, mettons que ça, c'est la situation la pire. Comment moi, je pourrais envoyer de l'information à un tiers en ignorant quelque chose que je connais? Je peux difficilement, au moment où je connais une information médicale, dire: Bien là, celle-là, je ne peux pas l'envoyer. Il faudrait que j'inscrive: Je ne peux pas vous donner toute l'information parce que le patient a refusé. C'est un contresens.

Et, pour moi, c'est que ce qui est dans le Dossier santé du Québec puis dans mon dossier, ça ne fait qu'un, c'est l'information globale sur la santé du patient. Et, si je suis son médecin de famille, j'y ai accès puis, s'il donne son autorisation... Quand il y a des points sensibles, ce que je fais, moi, j'appelle le patient puis je lui dis: Vous avez autorisé que je donne l'information, là, vous êtes bien conscient de ça. Quand il y a des points sensibles, ça vaut la peine d'appeler pour éviter les problèmes futurs; et là on dit aux patients: Vous nous avez autorisés, donc j'envoie toute l'information, c'est ce que vous voulez. Donc, c'est une décision éclairée, mais moi, j'ai besoin d'un consentement. À partir du moment où il a consenti, là je ne vois pas pourquoi j'aurais deux consentements; moi, c'est un seul dossier dans ma tête, là, quand je suis le patient.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Ça va. Merci. C'est clair.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va? Alors, Mme la députée de Matapédia, porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux, la parole est à vous.

Mme Doyer: Merci, M. le Président. Alors, j'ai deux types de questions, que je vais vous décliner tout de suite. J'ai une première question: lors des auditions, un groupe a soulevé ce qui était pour eux un problème, ce groupe a souligné que le médecin pouvait avoir accès à tout le domaine médicament. En conséquence, contrairement à la situation actuelle, le médecin pourra voir si le patient qui est venu le voir est allé chercher les médicaments qui lui ont été prescrits par le médecin. Il semble, selon eux, que ce n'est pas le cas actuellement. J'aimerais vous entendre à ce sujet. Est-ce que c'est souhaitable que vous puissiez voir si l'ordonnance que vous avez prescrite a été exécutée? Puis on s'entend que ça ne veut pas dire nécessairement qu'elle a été prise non plus et au complet. Est-ce que vous trouvez que cette situation est problématique en regard de la protection des renseignements personnels? Et, moi, c'est ma préoccupation aussi du côté de la santé physique, mais du côté de la santé mentale, où c'est très important, toxicomanie, santé mentale.

Ma dernière préoccupation, c'est... Parce que j'ai lu avec attention le mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, et ce que vous nous avez dit semble un peu être en porte-à-faux par rapport à un des paragraphes qui concernent l'usager: «Les règles prévues...»

Une voix: ...

Mme Doyer: Pardon?

Une voix: ...

Mme Doyer: Je ne peux pas le lire? Pourquoi?

Une voix: ...

Mme Doyer: Il n'est pas déposé? Il n'est pas déposé, il n'est pas présenté?

Le Président (M. Sklavounos): Pas encore. Ce sera à la fin.

Mme Doyer: Bon, bien, je vais essayer de tourner ma question autrement, d'abord. Alors, votre position par rapport à l'accès à... l'usager par rapport à son dossier, tantôt vous avez dit... J'ai cru comprendre que c'était plus aux médecins à regarder ça et que vous n'êtes pas trop pour que l'accès soit permis à l'usager ou soit rendu...

M. Saucier (Claude): Non. Vous m'avez mal compris. Pas du tout.

Mme Doyer: C'est quoi, votre... J'ai peut-être mal compris.

M. Saucier (Claude): Actuellement, autant un patient peut avoir droit de voir, de regarder son dossier papier, ça va être la même chose, le dossier électronique.

Mme Doyer: Même chose. Pour vous, vous n'avez pas d'objection?

M. Saucier (Claude): Ah non, non! Pas du tout.

Mme Doyer: Aucune objection.

M. Saucier (Claude): Pas du tout. Le patient a le droit de.

Mme Doyer: C'est beau.

● (12 h 10) ●

M. Saucier (Claude): Pour ce qui est de la question de la prescription, c'est évident que ça va être un élément supplémentaire d'être capable de voir si un patient a fait compléter sa prescription. On appelle ça la «compliance» au traitement. Est-ce que le patient les a pris? En général, s'il le fait compléter, le fait remplir par le pharmacien, il y a des chances qu'il la prenne.

Donc, pour moi, c'est un point de repère à savoir si le patient suit le traitement que je lui demande de suivre. Alors, ça vient compléter. Puis ça peut me donner de l'argumentation ou du renforcement quand je donne des conseils à un patient ou si je réalise que le traitement ne fonctionne pas. Mais, si je sais qu'il ne les a pas pris, qu'il n'a pas fait remplir sa prescription, bien, on va en reparler, là, ensemble.

Mme Doyer: D'accord. Merci. Je crois que monsieur...

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Matapédia, le Dr Dion voulait apporter un complément de réponse.

Mme Doyer: Il voulait compléter, oui.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y.

M. Dion (Sylvain): Je veux juste ajouter. Bon, on insiste beaucoup, à l'intérieur de cette loi-là, sur une restriction sur l'accès et, bon, on est très préoccupés de la confidentialité — puis on l'est, nous aussi — mais cette information-là qu'on va retrouver dans le DSQ, là, pour le médecin de famille qui établit, tout au long d'une vie, une relation de confiance avec son patient, bien, c'est très important, là. L'exemple que vous donniez sur l'observance, je revois mon patient, sa pression est encore élevée, je regarde le DSQ: Oui, mais, madame, vous n'êtes pas allée chercher votre prescription de Micardis. Qu'est-ce qui s'est passé? Donc, c'est très important que l'information disponible dans le DSQ soit vue également dans une relation de confiance qu'on a avec notre patient.

Si, à un moment donné — on est quand même des professionnels — on a des doutes, notamment sur la transmission d'information à des tiers, sur de l'information qui pourrait peut-être être sensible pour notre patient... On le fait déjà quand on reçoit, actuellement, des demandes de compagnies d'assurance puis que le patient a signé sans trop savoir ce qu'il signait. Ça fait qu'on est déjà sensibles à ce qui pourrait porter préjudice à notre patient.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Dion. Mme la députée de Matapédia.

Mme Doyer: Juste une petite question vite fait. On n'a pas parlé, depuis le début... Parce qu'en fin de semaine, justement avec mes journaux, j'avais un fascicule justement sur la prise de médicaments, et tout, et on n'a pas parlé de toute la prise de d'autres posologies, médicaments plus de type naturel. Et ça, ça ne sera pas au DSQ, ce n'est pas au DSQ. Et souvent, quand nos proches ont une panoplie, une feuille 8½ X 11 avec deux colonnes de tout ce qu'ils prennent, là, en parallèle de leur médication prescrite par... des médicaments des omnis, des spécialistes, je peux-tu vous dire que, ça, des fois, là, on dit: Allez voir votre pharmacien, va voir ton pharmacien, parce qu'on ne sait pas, quand un médicament est ajouté, comme le Coumadin, ça peut avoir des effets avec des médicaments que les gens vont prendre comme ça, en pharmacie, plus facilement. Qu'avez-vous à dire de ça? Et ça ne sera pas au DSQ, ça, à mon idée.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Saucier.

M. Saucier (Claude): Les patients sous-estiment beaucoup le potentiel de tous ces produits naturels qui sont en vente libre, et souvent ils en ignorent... Ce ne sont pas des médicaments prescrits, donc on oublie d'en parler. Je pense que, dans notre questionnaire, maintenant ça fait partie du questionnaire: À part les médicaments prescrits, prenez-vous d'autres choses, là? Prenez-vous des produits naturels? Qu'est-ce qu'il y a d'autres, là, dans votre sac, là, que vous m'avez apporté? C'est important, parce qu'il y en a de plus en plus, et les patients en consomment de plus en plus, et ça peut avoir des interactions importantes avec d'autres médicaments que nous prescrivons.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Saucier. Alors, il reste peu de temps, mais le temps d'une courte question, une courte réponse pour M. le député de Groulx.

M. Gauvreau: Oui. Bonjour. Le projet de loi a 177 articles, dont 22 articles font référence à des règlements qui seront adoptés par le ministre, dont certains règlements seront adoptés le jour même de leur entrée en vigueur sans consultation de 45 jours. Est-ce qu'en lisant le projet de loi vous avez été surpris de voir le grand nombre de références réglementaires qui, sans les voir finalement dans le projet de loi, laissent un doute sur qu'est-ce qu'il va arriver de ce projet de loi au final?

Le Président (M. Sklavounos): Dr Saucier.

M. Saucier (Claude): C'est un aspect important, et on tient absolument à être consultés sur la réglementation. À date, on a offert, toujours, notre collaboration, et je pense qu'on veut continuer de collaborer, et cet aspect-là, ça va être plus dans les modalités d'application. On veut être présents puis donner notre opinion.

M. Gauvreau: Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Groulx. Alors, je n'ai qu'à remercier Dr Claude Saucier, Dr Sylvain Dion et Me Christiane Larouche pour leur présentation aujourd'hui, devant nous, la soumission de leur mémoire ainsi que les réponses à nos questions.

Je vais suspendre momentanément afin de permettre à la Fédération des médecins spécialistes du Québec à prendre place. Merci encore une fois pour votre présence ici aujourd'hui et votre contribution à nos travaux.

(Suspension de la séance à 12 h 15)

(Reprise à 12 h 16)

Le Président (M. Sklavounos): Alors, nous reprenons ici, à la Commission de la santé et des services sociaux, à la salle du Conseil législatif de l'Assemblée nationale. Nous sommes dans les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 59, Loi concernant le partage de certains renseignements de santé.

Nous avons avec nous le dernier groupe qui prendra parole avant les remarques finales, ce sont les représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, représentée par le Dr Gaétan Barrette, leur président — et je vous souhaite la bienvenue, Dr Barrette — qui est accompagné également de la Dre Diane Francoeur, vice-présidente, qui est à sa droite — merci, Dr Barrette — le Dr Gilles Hudon, directeur des politiques et de l'Office de développement professionnel. Et j'ai le nom de Me Laurence Le Guillou, qui est avec la fédération, à la Direction des affaires juridiques. Je vous souhaite la bienvenue.

Comme pour les autres groupes, vous aurez une période de 10 minutes afin de faire votre présentation. Par la suite, nous allons ouvrir sur la période d'échange. Alors, sans plus tarder, je cède la parole au président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Dr Gaétan Barrette.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

M. Barrette (Gaétan): Alors, M. le Président, merci. M. le ministre, Mme Maltais, Mmes et MM. les députés. Alors, évidemment, c'est l'épreuve la plus difficile de ma vie parce que j'ai un temps qu'on circonscrit, j'ai de la misère avec ça.

Le Président (M. Sklavounos): On va peut-être vous permettre de dépasser, mais un petit peu.

M. Barrette (Gaétan): O.K. C'est bon. Alors, le DSQ, j'ai entendu quelques commentaires. En guise d'introduction, je vais quand même revenir sur le fait que — pour répondre un peu à la question que vous avez posée tantôt, Mme Maltais — il est clair que le DSQ, qui devrait un jour être un vrai DME dans sa globalité, est un bénéfice pour le réseau de santé ici en termes d'efficience et en termes de qualité de soins. Alors, c'est très important pour nous de dire cet élément-là aujourd'hui, parce que c'est évident que, dans les mémoires que vous avez reçus et dans les commentaires qui ont été faits précédemment, il y a certainement des gens qui ont manifesté quelques appréhensions qui, à mon avis, sont non fondées.

Le DSQ et les DME vont transformer de façon électronique simplement ce qui est le papier. Et je ferai la remarque suivante: Au moment où on se parle, à peu près n'importe qui qui a accès au dossier papier dans les hôpitaux peut tout voir de tout le monde, là. Et, quand j'entends, et comme je l'ai entendu il y a quelques minutes, le fait que tout ne devrait pas être public, ce n'est pas public, c'est un dossier qui est électronique, et qui est protégé, et qui est protégeable — la question de la protection, c'est le rôle de l'État — et il n'y a rien de public là-dedans.

Et ce dossier-là peut être accessible en partie à certains intervenants et en partie pas à d'autres. Alors, la question de tout mettre ou de ne pas tout mettre dans le dossier, pour moi, n'est pas pertinente, c'est un dossier au même titre que le dossier papier, dans lequel, au Québec, dans un hôpital ou dans un bureau, tout y est et tout doit y être pour des raisons de fonctionnalité médicale et professionnelle. Et j'y reviendrai tantôt.

Le projet de loi qui est déposé ici est un projet de loi qui est particulier. Comme ça a été mentionné, il a 177 articles, ce qui est énorme pour un projet de loi qui a cette finalité-là, et il y a 22 articles qui vont ouvrir à des règlements qui ne sont pas connus au moment où on se parle. Alors, il est quand même difficile de faire des commentaires sur la portée de ces règlements-là, puisqu'ils ne sont pas connus.

Le projet de loi souffre de problèmes de nomenclature. Alors, à divers articles, on fait référence à des organismes, à des personnes, à des lieux de dispensation de soins, et, à bien des égards, il y a des articles qui s'entrechoquent et se contredisent. Alors, il y aurait lieu, et c'est dans notre mémoire, de préciser un certain nombre d'éléments en termes de nomenclature.

● (12 h 20) ●

Sur la question du consentement implicite, la Fédération des médecins spécialistes vous implore de ne pas céder aux épouvantails du consentement implicite et surtout de l'inscription, ou de la mise à la disposition des médecins, à la carte de quelque document que ça soit.

Dr Bolduc, vous avez dit quelque chose cette semaine avec lequel je ne suis pas d'accord. Vous y avez fait référence encore ce matin. Vous dites: Tout le monde n'a pas à savoir la MTS de quelqu'un ou la dépression de l'autre. Je vous ferais remarquer qu'on vient de mettre en place un programme de procréation médicalement assistée pour laquelle la première question en termes d'investigation qu'on doit poser, c'est: Avez-vous eu des maladies transmises sexuellement?, étant la première cause d'infertilité au Québec.

Alors, à 49 ans, je peux comprendre que certaines personnes voudraient ne pas mettre cette information-là lorsque l'information porte sur un sujet aussi délicat qui a eu lieu à 22 ans, mais il n'en reste pas moins que c'est l'illustration qu'un médecin a besoin d'une information complète et entière et que de vouloir mettre des informations à la carte met des patients en péril, parce qu'il y a des circonstances où on peut faire des mauvais diagnostics.

Si vous trouvez mon exemple trop simple, je vous donnerai l'exemple d'un cas très simple que j'ai eu, où un patient avait une lésion, et qui était intracérébrale, qui a été callée initialement une tumeur, mais qui était en réalité, compte tenu de l'âge et des habitudes de vie de la personne, un anévrisme mycotique, qu'on voit fréquemment chez les patients qui prennent de la cocaïne. Et la personne est un professionnel bien élevé, d'une grande société québécoise et qui... On aurait fait le

mauvais diagnostic et on aurait fait la mauvaise intervention. Alors, à un moment donné, la médecine, ce n'est pas simplement une question de consentement, c'est une question de science. Et la donnée clinique du patient doit être totalement accessible, et toute sélection de données nous apparaît non seulement impertinente, mais dangereuse.

Maintenant arrive la question ici de l'accès du dossier comme tel. En termes d'accessibilité, le projet de loi, particulièrement dans son article 97, n'est pas suffisamment clair. Ça devrait être inscrit d'une façon formelle et non équivoque que les médecins ont, au sens de cette loi-là, accès à la donnée médicale dans son ensemble et sans exception. Et ça, ce n'est pas le cas.

Toujours en question d'accès, évidemment, au niveau du dossier, il y a la question de la tenue du dossier. Mes collègues, précédemment, ont fait référence à la question de la problématique du double consentement. L'article 97 est un mégaproblème dans sa rédaction et dans ses implications. Alors, il y a la question du transfert du DSQ au dossier local, la question des données pertinentes ou pas pertinentes, qu'est-ce qui est exclusivement nécessaire à la prestation de soins. Vous ouvrez là, vous ouvrez dans cet article-là dans des directions qui sont, à mon avis, exagérées. Alors, toute la donnée devrait être là, la donnée devrait être transférable du Dossier santé Québec au dossier local. Et, à ma connaissance, je pense que le médecin ne fait pas de choses impertinentes.

Et, si on va plus loin dans le même article, il y a la question du tiers. Qui est le tiers? Est-ce que remplir un formulaire pour un assureur, c'est un service médicalement requis? Est-ce que ça fait partie des soins de santé et des services sociaux? Alors, au moment où on se parle, il y a des imprécisions et des interdictions qui vont empêcher le bon fonctionnement d'un certain nombre d'éléments dans la pratique médicale.

Toujours, dans la question de l'accès, il y a l'article 100 qui fait référence aux expertises. Les expertises, qui est un expert? Ça demandait... Qui fait le contrôle? Vous dites que nul ne peut demander des données de quelque nature que ce soit dans le cadre de contrôle et d'expertise. Faites le lien avec le tiers, on fait quoi? Est-ce que ça veut dire qu'on a besoin de demander une consultation à notre collègue? Est-ce que ça veut dire qu'un médecin expert ne peut pas avoir de document? Est-ce que ça veut dire qu'un assureur ne peut pas avoir de documentation sur demande et autorisation du patient? 97 et 100 sont en collision frontale et sont des restrictions qui sont, je dirais, mal écrites pour le moment, si l'esprit de ce que l'on lit est ce que vous voulez faire.

101, le ministre de la Santé a le droit d'avoir accès à tout. Ne trouvez-vous pas qu'il devrait être inscrit dans la loi que le ministre devrait avoir accès à tout dans la mesure où ce n'est pas nominatif? Ce n'est pas prévu dans la loi, dans l'article 101.

108, le patient. Le patient, c'est le dossier du patient. 108 dit au patient: Vous allez passer par la Commission d'accès à l'information pour avoir accès à votre dossier, vous allez avoir une réponse dans 45 jours. Nous sommes au XXI^e siècle! Le XXI^e siècle, ça signifie, pour prendre un exemple trivial, que le patient diabétique devrait prendre en charge une grande partie de son propre traitement, suivre son hémoglobine glycosylée, suivre sa glycémie, suivre sa pression lui-même pour participer au traitement, pas 45 jours après: en ligne. Alors, le projet de loi n'est pas suffisamment précis là-dessus et met un obstacle qui est inutile.

113, mécanisme de correction de l'outil... pas de l'outil, je m'excuse, du dossier, le mécanisme de correction. Alors là, vous vérifieriez un peu comment c'est inscrit dans le projet de loi qui fait quoi et qui informe qui. Une chose est certaine, ce ne seront pas, et ça, que ça soit bien clair pour les membres de la commission, ce ne seront pas les médecins qui vont gérer le dossier ni pour le refus ni pour les corrections. Et, s'il y a des corrections à y être apportées, qui informe qui? Ce n'est pas clair dans la loi. C'est clair qu'il y a une intention d'avoir une mécanique de mise à niveau du dossier, mais la façon de le faire n'est définitivement pas claire.

106, 107, ça va dans la même direction. Et il arrive la question après ça de... Je m'excuse, 106, 107, ça va dans la conservation du dossier, et je terminerai peut-être là-dessus, 106, 107, la conservation du dossier, cinq ans. Est-ce que c'est cinq ans d'inutilisation ou cinq ans d'existence? Ce n'est pas clair dans le projet de loi, d'une part. D'autre part, dans les situations d'exception, il y a des gens qui ont des maladies chroniques au long cours qui peuvent avoir des périodes intermédiaires où il n'y a pas d'activité. Est-ce que, ces gens-là qui sont dans ces situations d'exception, on ne pourrait pas avoir la possibilité de conserver leurs dossiers, par exemple, O.K.? Alors, ça, cet élément-là, pour nous, demande à être adressé... à s'y adresser.

Question de la radiologie — évidemment, c'est ma spécialité: Est-ce qu'on doit avoir des dépôts partout? Est-ce que le dépôt central, à partir du moment où il est redondant, ne suffit pas?

Question d'accès en plus des médecins — je reviens à 97 — alors il y a la question ici de savoir si le personnel devrait y être. Votre projet de loi fait référence évidemment aux infirmières. Il y en a d'autres, il y a des technologues, il y a du personnel dans les bureaux, mes collègues en ont fait référence il y a quelques instants, il y a les externes, il y a certains types de résidents, il y a les moniteurs cliniques. Vous avez fait un projet de loi qui est très précis et qui veut tout couvrir mais qui couvre probablement... qui n'est pas assez ouvert sur certains éléments, et ces éléments-là font en sorte qu'au bout de la ligne il y a des imprécisions.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Barrette, on est rendus à 10 minutes. Je ne sais pas s'il vous reste beaucoup encore... On peut le faire sur le consentement du ministre, s'il vous reste encore quelques points. Ça va, M. le ministre, sur le consentement? Allez-y, docteur, complétez.

M. Barrette (Gaéтан): Dernier élément peut-être...

Le Président (M. Sklavounos): Oui.

M. Barrette (Gaétan): ...c'est la question des pénalités. Évidemment, les pénalités, on comprend, comme on l'a dit dans notre mémoire, que c'est correct d'en avoir pour les situations de fraude. Mais le projet de loi ne fait pas... Le projet de loi est trop précis sur le fait qu'on ne laisse pas de place à la personne qui, de bonne foi, a fait une erreur, une omission. Alors là, tout le monde est exposé à des pénalités, qui sont substantielles, sans égard à la nature ou la sévérité de... on va la qualifier d'offense, parce que vous la traitez comme ça. Alors, ça, de ce côté-là, on trouve qu'il y a une exagération.

Je conclurai juste sur un point: C'est un bon dossier, c'est un bon élément, le projet de loi, c'est la prochaine étape, mais ça ne doit que demeurer une étape. Contrairement à ce que mes collègues vous disent, normalement l'État aurait dû faire un DME complet, mur à mur, uniforme, avec un DSQ, ce qui aurait rendu la dépense plus rentable. Parce que, n'oubliez pas une chose, à la fin de cet exercice-là, après avoir dépensé des millions de dollars, sinon des milliards, vous ne pouvez toujours pas analyser la donnée. Analyser la donnée égale coût-bénéfice; coût-bénéfice égale l'État dans sa pure responsabilité.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Barrette. Merci pour votre présentation. Alors, sans plus tarder, je vais aller avec le parti ministériel et le ministre de la Santé et des Services sociaux. La parole est à vous.

● (12 h 30) ●

M. Bolduc: Bien, merci, M. le Président. Un, merci pour les commentaires, puis on va en tenir compte, puis on va prendre également connaissance du mémoire, qui est plus précis. Et puis ce qu'on veut, c'est ajuster le projet de loi pour que justement il réponde aux besoins d'aujourd'hui, puis, s'il y a des ajustements, comme vous dites, par rapport à la nomenclature, ça va nous faire plaisir, en collaboration avec l'opposition, à faire les correctifs.

Et, pour ce qu'il s'agit de la question de la donnée qui est travaillable, là, c'est-à-dire qu'on peut faire des courbes qu'on peut utiliser de façon plus pratique que juste, mettons, une donnée qu'on regarde, je pense que ce qu'on prévoit actuellement, c'est que l'information peut être versée directement dans le DME, puis à ce moment-là le médecin va pouvoir travailler avec ces données.

Ça, c'est des écoles de pensée qui sont différentes. Est-ce qu'on devrait avoir un DME dans lequel tout le monde devrait travailler, y compris la santé mentale, la santé physique, la radiologie? Au Québec, le choix que nous avons fait actuellement, c'est d'abord d'avoir un dossier au niveau de l'établissement, dossier clinique informatisé, dans lequel toutes les données sont ramassées, après ça un dossier au niveau du bureau et également une plateforme globale dans laquelle tous les citoyens du Québec vont avoir leurs données qui vont être colligées et puis qu'ils vont rendre accessibles selon la volonté de la personne. Puis on rappelle, puis je suis d'accord avec vous: le consentement implicite est très important, parce que d'avoir à gérer des consentements explicites, c'est très complexe. Et le fait que la personne peut à tout moment faire un «opting out», je pense que c'est une caractéristique qui est intéressante.

On diverge un peu au niveau de l'idée de savoir est-ce que tout, tout devrait être disponible. On se donne des particularités. Pour avoir entendu différents groupes, on va voir avec l'opposition comment on va le travailler, mais en général il y a des gens qui nous disent qu'il y a des données qui sont tellement sensibles, à un tel point qu'il y a des gens qui vont dire: Nous autres, on ne voudra pas laisser le consentement disponible pour les professionnels, donc on va faire un «opting out». C'est une question de pragmatisme.

Idéalement, dans un monde idéal, c'est: tous les professionnels sont tout à fait corrects, tous les gens disent qu'on rend tout disponible puis que ça ne cause pas de préjugé dans la société, puis il n'y a pas de stigmatisation. La réalité, elle est différente, puis il faut avoir un équilibre.

Et je retiens également, comme vous dites: c'est une étape. Comme il y a eu, en 2006, une étape, aujourd'hui c'est une étape, et il va y avoir de la progression puis il va y avoir des modifications ultérieurement à faire au niveau législatif, parce qu'on ne peut pas avoir un dossier comme le dossier électronique, mais on ne parle pas juste de dossier électronique, d'informatisation d'un réseau de la santé et des services sociaux, et de penser que, du premier coup, on va pouvoir tout refaire... tout faire. Ce qui est important, c'est d'avoir une bonne fondation, et, sur cette fondation, progressivement on va apporter les améliorations.

Vous avez parlé des règlements. Oui, il y a possibilité de 22 règlements, mais, si on voulait tout mettre dans la loi immédiatement, ce serait complexe. Par contre, les règlements, ils sont publiés, on reçoit des commentaires. Et, dans les règlements, on ne veut pas aller au-delà de la loi. On veut juste que la loi soit plus facilement applicable, puis je vais vous donner un exemple. Si, à toutes les fois qu'un nouveau professionnel, pour une raison ou l'autre, on trouve qu'il y a une pertinence à autoriser, ça prend une modification législative, on va se pénaliser. Donc, les règlements, c'est pour répondre à des besoins sans avoir à passer à toutes les fois par la loi. Ce qui ne veut pas dire qu'on ne veut pas en discuter, parce que des éléments importants doivent être discutés du côté législatif, mais, lorsqu'on arrive dans l'applicabilité des principes, là je pense qu'il y a une place pour les règlements. Mais, encore là, on va discuter avec l'opposition puis on va faire une grande ouverture là-dessus.

Un commentaire également: Le dossier 45 jours, ça, c'est pour la traçabilité. Nous sommes tous d'accord, si le patient vient, puis on peut lui donner son résultat ou encore son dossier dans les 24 heures, on va le faire. Ça n'empêche pas. Mais la loi dit que le patient peut avoir accès à son dossier dans les 20 jours, mais, quand on parle de traçabilité, ça veut dire qu'il faut aller chercher tous les gens qui ont été dans le dossier et être capable de les retracer, et après ça on va donner l'information, qui est beaucoup plus complexe, parce que la personne peut avoir consulté à plusieurs endroits. Donc, c'est pour ça qu'on s'est mis un délai maximal de 45 jours, qui n'a rien à voir avec l'accès au dossier.

Et aussi je suis très d'accord avec vous, le patient, en 2012 — ça, on est 100 % d'accord — doit avoir accès à son information. À ce moment-ci, souvent, il y a des endroits qui vont dire: On devrait donner accès à toutes les informations au patient quasiment en temps réel. Là, il faut qu'on discute avec les fédérations, avec les différentes organisations, l'association des hôpitaux c'est comment on le fait. Parce que je pense qu'on va tous être d'accord, on ne voudrait pas que le patient apprenne avant le médecin qu'il a un cancer. Je ne sais pas ce que vous pensez peut-être sur ce point-là.

Puis par contre on veut rendre ça plus facile, on veut que le patient, à un moment donné, ait accès à ses glycémies, ait accès à ce qu'il a besoin pour être... tous les éléments qu'il a besoin d'être suivi. Ça, ça se fait déjà, puis on n'a pas besoin d'un projet de loi pour le faire. On peut le rendre disponible. Des fois, les médecins, même, ont des logiciels qui rendent l'information disponible, ils envoient l'information par Internet. Sauf que de mettre ça dans un système de santé, avec des droits et des obligations, c'est un peu plus complexe.

Ça fait que c'est pour ça qu'à ce moment-ci on préfère régler un fondement, et par la suite on reviendra avec des éléments comme ça. Mais on va avoir besoin de discuter avec vous autres, parce que vous allez voir qu'il va y avoir, même... de la part des médecins, il va y avoir des objections, parce que je pense... En tout cas, au moins, il y a un principe très simple: je ne pense pas que quelqu'un devrait apprendre qu'il a le cancer par Internet sans que son médecin ait le temps de lui expliquer. Je ne sais pas ce que vous en pensez, Dr Barrette, Dr Hudon, Dre Francoeur.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le ministre. Dr Barrette.

M. Barrette (Gaéтан): Alors, je vais répondre, parce que là vous avez adressé à peu près toute la présentation, mais je vais répondre simplement à la chose qui est la plus importante, qui résume tout et qui résout tous vos problèmes. Ce n'est pas bien, bien compliqué, le dossier électronique, là, c'est un fichier, c'est un grand fichier Excel dans lequel... Non, non, mais ce n'est pas... Vous voyez ça comme étant très compliqué, mais ce n'est pas si compliqué que ça. La gestion d'information, c'est une question d'accès et d'autorisation. À partir du moment où, dans le dossier... Parce que vous répétez encore que le dossier ne devrait pas tout avoir parce qu'il y a des données qui sont sensibles. Vous êtes médecin, expliquez-moi, comme médecin, quelle donnée peut être sensible dans votre pratique. Il n'y en a pas. Vous pourriez me dire par contre, à bien des égards et avec bien des exemples, que le fait de ne pas avoir certaines données peut vous nuire dans votre pratique.

Quand on fait un dossier électronique, ça ne veut pas dire qu'on rend tout visible à tout le monde. C'est ça, la prémisse de votre discours qui est complètement fautive. À partir du moment où vous avez une donnée qui est complète, vous pouvez rendre accessible à certaines catégories de gens l'accès à telle ou telle partie de la donnée. C'est comme ça, une base de données. Si vous décidez de donner le rôle travailleur social à quelqu'un et que le travailleur social n'a pas accès à la donnée gynécologique, à la donnée psychiatrique, il n'y aura pas accès, à moins que quelqu'un vienne à côté mettre sa propre carte ou son mot de passe, et ainsi de suite, ce qui est la vie du papier actuellement. Alors, d'avoir la possibilité de segmenter l'information et de ne pas la rendre accessible est un non-sens médical et scientifique.

Vous avez le pouvoir électroniquement, comme n'importe quelle donnée électronique, de donner accès à une partie ou non selon le rôle, le type, la catégorie de l'intervenant. Et ça, c'est hypersimple à faire, là. On n'est pas ici dans la physique nucléaire, on est dans la gestion des accès, ce qui existe, à tous égards, dans le réseau, dans tous les réseaux de quelque nature que ce soit. Alors, si vous avez accès au site du ministère du Revenu, vous n'avez pas accès comme citoyen à votre propre rapport d'impôt. Vous pourriez très bien me donner accès à mon rapport d'impôt, mais je n'aurai pas accès à celui du voisin, et ainsi de suite. Ça, ça se gère. Mais ça ne fait pas conclure qu'on doit ne pas rendre disponible une information, notamment au corps médical.

Alors, la prémisse qui veut que tout le monde va avoir accès à, bien, ça, à ce moment-là, si c'est vrai, c'est que votre système de sécurité est inefficace et que votre système de gestion des accès est facilement passable. Alors là, là, c'est un problème qui est chez vous. Mais normalement il n'y a aucun problème avec ça, là, d'aucune manière. Vous construisez votre dossier... Et c'est le problème qu'on a, vous avez un DSQ qui est une base de données simple et vous avez un DME qui est, lui, distribué, puis tout le monde fait à peu près ce qu'il veut. Alors, c'est sûr que là vous avez cette limitation-là. Mais, malgré la limitation, vous pouvez, vous, donner les accès que vous voulez. Ça se fait, ce n'est pas un problème, il faut juste que le système soit construit comme ça.

Le Président (M. Sklavounos): M. le ministre.

M. Bolduc: De toute façon, sans argumenter, on écoute votre opinion, mais il y a plusieurs autres personnes qui sont venues soumettre des opinions qui étaient différentes. Et, comme législateur, avec l'opposition, on va devoir en tenir compte. C'est sûr que vous avez une opinion plus tranchée sur un certain point de vue, mais je dois vous avouer que la plupart des gens qui viennent insistent quand même sur cette notion de confidentialité. Et ce n'est pas juste une question de sécurité, c'est une question de décision. Je pense que c'est un choix de société qu'on doit faire...

M. Barrette (Gaéтан): ...un choix de société. À partir du moment... Vous avez la responsabilité de dire à la population...

M. Bolduc: M. le Président, je voudrais juste finir, je voudrais juste finir mon point de vue...

Le Président (M. Sklavounos): Je vais juste... Je vais permettre à M. le ministre de terminer sa pensée. Après ça, je vais vous donner la parole, docteur. Allez-y, M. le ministre.

M. Bolduc: Bon. Deuxième chose sur laquelle je suis en désaccord: ce n'est pas une seule base Excel. Tout informaticien qui a travaillé beaucoup dans les dossiers informatiques, ce n'est pas un Excel qu'on connecte, c'est des systèmes qui doivent se parler, des systèmes complexes. Et, que ce soit aux États-Unis, ou en Europe, ou au Canada, ce sont tous des systèmes qui prennent énormément de temps, qui coûtent tous des centaines de millions de dollars à mettre en place. Il y a des questions de sécurité et également il y a des questions d'interface de fonctionnement. Et ce n'est pas juste faire connecter trois données ensemble. Mais en tout cas je pense qu'on a... Je ne veux pas argumenter là-dessus, je fais juste vous donner l'opinion générale.

Parce que, si c'était si facile, tout le monde aurait fait ça en l'espace de très peu de temps. Mais, même au Kaiser Permanente, ils en ont... ça a pris 10 ans. Ils sont arrivés à une deuxième version. Ils ont dû recommencer. Virginia Mason a fait la même affaire. Tous les systèmes sont complexes et doivent être gérés différemment. Donc, c'est juste pour dire: Je ne pense pas que c'est aussi facile que de connecter deux fils ensemble. Par contre, on est capables d'avoir des bons résultats pour pouvoir partager les données. Puis ça, je suis d'accord avec vous, c'est un outil qui est essentiel, que nous sommes en train de développer.

Le Président (M. Sklavounos): Vous permettez une réplique au Dr Barrette? Allez-y, Dr Barrette. Allez-y.

● (12 h 40) ●

M. Barrette (Gaétan): Un dernier commentaire. Kaiser Permanente gère les dossiers de 8,8 millions de personnes, ce qui est plus que le Québec. Il y a une base de données. C'est sûr qu'il n'y a pas Excel, là. C'est de la vulgarisation; je comprends que vous ne l'avez pas compris, là. C'est une mégabase Oracle. Il y a une base de données, et la base de données est centralisée en quelque part, et elle est segmentée sur une base de critères d'accès en fonction de la fonction de la personne. Alors, c'est bien évident, là, que ce n'est pas un fichier Excel. Mais c'est bien évident aussi que, dans une structure comme Kaiser Permanente, comme M. le ministre vient de prendre comme exemple, toute la donnée, elle est là, et le médecin a accès à toute la donnée.

Le Président (M. Sklavounos): ...M. le docteur. Ça va, M. le ministre?

M. Bolduc: Bien, je suis content que vous avez clarifié, parce que je pense que... Pour la plupart des gens qui écoutaient, j'ai l'impression qu'eux autres, ils voyaient ça comme un simple Excel avec des carrés. Mais je suis content que vous êtes d'accord que... la complexité de connecter toutes les informations ensemble. Merci, M. le Président.

M. Barrette (Gaétan): Je ne sais pas si...

Le Président (M. Sklavounos): Dr Barrette.

M. Barrette (Gaétan): En tout cas.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y, allez-y.

M. Barrette (Gaétan): Bien, c'est-à-dire que ce n'est pas si complexe que ça. Vous décrivez ça comme étant une quasi-impossibilité. Ce n'est pas une quasi-impossibilité, ça se fait dans plusieurs réseaux. Tous les grands HMO ont ça, toutes les grandes organisations ont ça. Alors, c'est une chose qui se fait. Alors, à un moment donné, il faut dire les choses telles qu'elles le sont, là.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y, M. le ministre.

M. Bolduc: Oui, juste la clarification: je n'ai jamais dit que c'était une impossibilité. Au contraire, je suis un de ceux qui croient que le système va se mettre en place. Kaiser Permanente, c'est quelques milliards de dollars qu'ils ont mis pour connecter leur réseau ensemble. C'est une standardisation d'un groupe qui, eux autres mêmes, se sont entendus sur leurs standards. Ici, au Québec, c'est de multiples hôpitaux avec différents systèmes. Mais je pense qu'en se parlant on se comprend: Il y a une grande complexité, ce n'est pas impossible, mais c'est beaucoup de travail et ce n'est pas aisé à faire.

M. Barrette (Gaétan): ...Kaiser Permanente...

Le Président (M. Sklavounos): Dr Barrette.

M. Barrette (Gaétan): Kaiser Permanente va avoir la possibilité d'analyser sa donnée, ce que nous ne pourrions pas faire, parce qu'on a choisi de ne pas le faire. Eux auront dépensé quelques milliards de dollars pour avoir un produit qui va être utile sur le plan de la gestion du réseau.

Maintenant, j'ai pris l'exemple d'Excel, M. le ministre, parce que vous aimez beaucoup vous-même Excel, c'est connu dans le réseau.

M. Bolduc: Monsieur...

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y, M. le ministre.

M. Bolduc: Dr Barrette, on va se réconcilier. Si vous regardez le coût de développement d'Excel par Microsoft, c'est plusieurs milliards de dollars, parce que c'est une...

M. Barrette (Gaétan): ...compris que c'est un exemple de vulgarisation, et je pense, comme vous dites, que tout le monde a compris ce que je voulais dire.

M. Bolduc: Bon. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va là-dessus? On a terminé là-dessus? Ça va me prendre le consentement pour dépasser l'heure prévue, là, vu... Ça va, consentement des deux côtés. Et je vais céder la parole à Mme la députée de Taschereau, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé. Allez-y.

Mme Maltais: Bonjour, M. le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Je salue aussi les personnes qui vous accompagnent. Vous nous... Vous avez interpellé le ministre sur une chose avec laquelle je suis tout à fait en accord avec vous. D'abord, je vais vous dire une chose, là: Ce n'est pas notre projet de loi, c'est le projet de loi du gouvernement. Nous n'aurions pas bâti le Dossier santé Québec de cette façon-là. Et ce avec quoi je suis d'accord avec vous, c'est qu'il y a eu un mauvais choix au départ. On a décidé de partir d'en haut vers le bas, alors qu'il y avait déjà du travail qui se faisait sur un dossier médical électronique. C'étaient les besoins des gens qui soignent qu'il fallait prendre en compte d'abord, puis ensuite essayer de faire que l'information circule pour le personnel soignant. Alors, je voulais juste... Parce que j'entends des fois le ministre dire: On va travailler ça avec l'opposition, on va essayer d'arranger les affaires. Puis on va participer avec joie, on va collaborer. Puis c'est pour ça qu'on est contents d'entendre vos commentaires.

Il y a une chose que vous souligniez dans votre projet de loi, particulièrement à la page 7: la durée de conservation des documents. Ça a été... Il y a quelques personnes qui ont abordé ça. Moi, je pense que vous êtes probablement une des associations qui peut le mieux nous éclairer là-dessus. Vous avez déjà un règlement sur la tenue des dossiers des cabinets, des bureaux de médecins ainsi que des effets qui prévoient une certaine durée de conservation, je pense qu'on parle de 10 ans, dans la mesure où il n'y a pas d'autres exemplaires disponibles. Mais, pour le DSQ, qu'est-ce que vous voyez comme durée? Est-ce que vous pensez que vous avez un besoin d'avoir une certaine permanence ou s'il y a des choses qui devraient tomber, comme c'est le cas actuellement, après... Il y a certaines données qui tombent après cinq ans. Bon, qu'est-ce que vous en pensez?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. Dr Barrette.

M. Barrette (Gaétan): ...Mme la députée. Alors, la durée de conservation, c'est établi sur la base d'un mélange de jurisprudence évidemment, de pratique médicale et de nécessité physique, parce qu'évidemment, dans un hôpital — le mien, Maisonneuve-Rosemont — à un moment donné, l'hôpital n'a plus de place, n'a juste plus de place pour archiver. Alors, il y a cette considération-là.

Il y a la considération qui est celle que je dirais légale. On sait bien que, dans les problèmes que je qualifierais de bénins, qui sont occasionnels, après cinq ans, je pense que ce n'est pas nécessaire de garder un dossier. Par contre, dans certaines situations de maladies chroniques particulières ou même de maladies chroniques tout court, de maladies rares, de cas d'exception, on devrait avoir la possibilité de garder plus longtemps cet archivage-là, parce que là, avec le dossier électronique, on vient de faire disparaître le problème physique. C'est électronique, alors, évidemment, il y a des coûts, en termes de serveurs et ainsi de suite, mais il reste, pour moi, que ces coûts-là sont moindres, et la pertinence d'avoir certains éléments à long terme, elle est là.

Je vous donne un exemple. Moi, je pense que garder les examens radiologiques qui sont faits à partir de 40 ans, pour tout le monde, c'est pertinent, parce qu'à partir de 40 ans c'est là où on va avoir... Je vous donne un exemple très trivial: radiographie du poumon, on a un granulome. Un granulome, c'est un petit nodule qu'on appelle communément la masse. Bien, des fois, nous, il faut comparer avec l'antérieur pour voir si c'était déjà là. Bien, des antérieurs, quand ils sont détruits, ils ne sont plus là. Alors, une radiographie d'une fracture de la cheville à 12 ans, là, je pense qu'on peut laisser faire. Un enfant qui, lui, a un ostéosarcome à 12 ans, s'il vit jusqu'à 45 ans, l'évolution, c'est important.

Alors, dans le projet de loi, actuellement il n'y a pas d'ouverture à sélectionner des données qui seraient utiles au long terme. Et il y a un paquet de données comme ça qui ont une utilité pour lesquelles... Au moment où on se parle, on a l'opportunité de les garder sans la contrainte physique. Et ça, c'est ouvert à une discussion qui serait utile, je pense, et on devrait avoir cette ouverture-là.

Le cinq ans, est-ce que c'est cinq ans après l'inactivité ou après l'ouverture dudit dossier? Alors, ça devrait implicitement être l'inactivité et non le fait qu'on l'ait ouvert, particulièrement dans les maladies chroniques, parce que l'évolution de la maladie dans le temps va influencer telle ou telle décision dans le futur, et ça, ça peut aller très, très, très loin. Alors, de détruire une catégorie de documents après cinq ans, oui, après cinq ans d'utilisation, après consultation. Et ça, c'est parfaitement faisable. Et ça, on ne s'y adresse pas actuellement.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Merci. Vous soulignez aussi que... Vous parlez de la rectification des renseignements contenus dans une banque, vous en avez parlé tout à l'heure. L'article 113 prévoit que «tout renseignement de santé contenu dans une banque de renseignements de santé d'un domaine clinique est rectifié, lorsque requis, par la personne à l'origine du renseignement inexact, incomplet ou équivoque», puis là vous avez réagi. Vous avez dit: Bien là, pas le médecin. C'est-à-dire que, si c'est le médecin qui a introduit par erreur, par mégarde, une... Comment gérer ça? Vous aviez l'air d'avoir une réaction assez ferme.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Barrette.

M. Barrette (Gaétan): Vous avez bien saisi ma réaction. Malheureusement, en 10 minutes, je n'ai pas pu la nuancer. Je vais la nuancer maintenant.

Alors, c'est sûr que, la question de la gestion du dossier, incluant le consentement, le refus et ainsi de suite, ou la correction de données, on ne veut pas que ça tombe sous la responsabilité du médecin. La correction d'une donnée qui vient du médecin, ça, ça tombe sous le sens que c'est à lui qu'incombe la responsabilité de faire la correction. Mais, quand j'ai fait ce commentaire-là qui était plus intense, je faisais référence essentiellement au fait que, de l'ensemble de la chose, refus, consentement et ainsi de suite, ça soit notre responsabilité.

Par contre, le commentaire que l'on fait dans le mémoire est à l'effet que qui informe qui. Est-ce que la RAMQ ou d'autres intervenants ont la responsabilité d'informer les gens localement de l'erreur dans le dossier? Moi, là, il y a une erreur que j'apprends plus tard; je n'ai pas transmis nécessairement quelque chose de faux, mais quelque chose s'avère ne pas être vrai. Il y a un correctif qui est porté en quelque part dans une base de données. Est-ce que quelqu'un aura la responsabilité, et qui et comment, de nous informer pour nous mettre à jour dans nos dossiers locaux?

Alors, que le médecin, lui, dans sa propre organisation, ait à informer la RAMQ, dans le cas présent, d'une erreur, et la mise à jour, je pense que ça tombe sous le sens, je n'ai pas de problème avec ça. Maintenant, quand ce n'est pas nous, la responsabilité, qui fait quoi et comment ça se passe, ça, ce n'est pas inscrit ou défini clairement dans le projet de loi.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Parfait. Merci. C'est justement pour ça, ces auditions-là, c'est pour vous permettre de préciser votre pensée.

Vous avez repris... Je veux juste vous dire que j'avais moi-même utilisé l'expression quant à la possibilité pour le médecin... pour le patient d'être un partenaire et d'avoir accès à son dossier. J'ai moi-même utilisé... J'ai moi-même dit au ministre: Coudon, on est au XXI^e siècle, on peut-u avancer, là? C'est des choses... J'ai eu exactement le même commentaire.

Mais la FMOQ n'en a pas parlé de cela, ils n'ont pas eu le temps dans leur présentation, mais ils nous disaient qu'il y a peut-être des médecins qui ne voudraient pas participer au DSQ, parce que, par exemple, ils pourraient être près de la retraite, et tout ça, en disant: Écoutez... Puis en plus, s'ils n'envoient pas l'information, ils peuvent recevoir une pénalité, il y a une obligation de communiquer les informations. Je ne veux pas vous mettre en porte-à-faux les uns, les autres, mais j'aimerais ça savoir ce que vous pensez du caractère qui pourrait être obligatoire de la participation et de la communication d'infos.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Barrette.

● (12 h 50) ●

M. Barrette (Gaétan): Moi, je vais vous répondre très, très directement: Ma mère a 84 ans, puis elle fait de l'Internet, puis elle jase Skype avec mon garçon de 18 ans, puis elle lui envoie des courriels. Moi, je n'embarquerai jamais dans cet élément-là qui... ah, mes médecins, les membres plus âgés ne sont pas très informatisés. Non, non, non. On est au XXI^e siècle, là, là il y a un virage à faire, et nous, on est pour le virage. Ça répond, j'imagine, correctement à votre question, là?

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: On s'entend. On s'entend, M. le Président. Alors, non, je vais laisser ma collègue, qui a des... Je reviendrai si j'ai du temps, j'en ai...

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau.

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Oui, allez-y. Allez-y, Dr Barrette.

M. Barrette (Gaétan): Tantôt a été évoquée la question du patient qui pourrait apprendre qu'il a un cancer avant que le médecin lui dise. Voilà un élément qui est tout à fait paramétrisable informatiquement, parce que c'est bébé fafa, là. Alors, cette donnée-là n'est pas disponible au patient avant que le médecin lui ait parlé puis qu'il débarre la donnée, là. Ça, c'est de la construction de dossiers électroniques, ce qui n'a pas été adressé.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Simplement pour dire: Oui, bien, nous-mêmes, quotidiennement, donnons des accès privilégiés à nos agendas, des possibilités de les modifier ou de ne pas les modifier. C'est courant, quand on commence à travailler avec ces outils-là, de voir à ce qu'ils fonctionnent pour le bien de tout le monde de façon sécurisée. Mais il y a quand même des gens, comme la CAI, qui... le Barreau du Québec sont venus adresser quelques bémols auxquels il va falloir réfléchir.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Matapédia, porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux.

Mme Doyer: Merci. Alors, je vais me faire plaisir, je vais aller à la page 13 de votre mémoire, puis j'ai trouvé ça intéressant, la partie justement dont je ne pouvais pas parler tantôt, de l'accessibilité du patient au DSQ, et le deuxième

paragraphe, là, quand vous dites: «Les règles prévues par le projet de loi n° 59 soulèvent ainsi l'impossibilité pour le patient d'accéder en temps réel aux renseignements de santé qui le concernent [...] qui sont contenus dans une banque de renseignements.» Et ça, je trouve ça intéressant: «Nous croyons [...] que l'accès du patient en temps réel à ses propres résultats [...] s'avère nécessaire. À notre avis — là, on continue, etc., bon — le projet de loi devrait d'ores et déjà s'inscrire dans la pensée du futur dossier patient électronique», qu'on pourrait accéder comme intervenant, et, bon, «l'autorisant à accéder à ses propres résultats [...] médicaux et autres informations: [et] c'est le concept du patient partenaire, qui devient essentiel [à] la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.»

Et moi qui ai le dossier de santé mentale, des personnes vulnérables, tout ce qui est difficultés dans la vie, toxicomanie, dépendance... Dr Barrette, faites-vous une distinction entre... Comment vous voyez les difficultés qui peuvent survenir ou... pas les difficultés, mais les solutions par rapport à ce que le patient, que ce soit un problème de santé physique ou mentale, puisse accéder à son dossier, et quels sont les points de vulnérabilité? Je vais essayer de vous le traduire comme ça, parce qu'il y a des points d'utilité, il y a des points de vulnérabilité.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Barrette.

M. Barrette (Gaétan): Tout à fait, alors vous avez tout à fait raison. C'est sûr que le problème de la santé mentale et de la relation... Parce que santé mentale, évidemment, par définition, entraîne une problématique de subjectivité dans la relation entre le patient et sa donnée, peu importe le type de santé mentale ou de problème de santé mentale auquel on s'adresse. Alors, il est évident que, dans ce type de situation là, il doit y avoir un certain nombre de restrictions. Et, par exemple...

Je vais vous donner un exemple qui est grossi, il est évident, là. Alors, c'est bien évident que ce n'est pas tous les psychiatres qui voudraient que le patient ait accès à la note du psychiatre lorsqu'il tire ses conclusions. Par contre, on sait que, de façon réglementaire, c'est possible de le faire, mais dans des circonstances particulières, avec accompagnement, et ainsi de suite. Alors, évidemment qu'il y a eu une réglementation à mettre en place pour ce genre de problème là. Ce qui ne vient pas contredire la position que j'avais tantôt, qui est que le dossier doit le contenir. Alors, c'est une gestion d'accès à des personnes.

Quand on parle de patient partenaire en maladies chroniques, je vous avouerais que, dans le commun des conversations médicales, on ne parle pas de santé mentale, pas parce que la santé mentale n'est pas un problème significatif, c'est parce que le problème de santé mentale, c'est chronique, évidemment, la plupart du temps, pas toujours mais la plupart du temps, mais on fait référence essentiellement aux problèmes de santé physique. Et là la santé physique, c'est là où le patient partenaire a son plus grand potentiel. Parce que, pour que le patient puisse être partenaire, il faut qu'il ait la capacité de comprendre sa problématique et d'agir sur sa problématique, ce qui n'est pas nécessairement le cas en santé mentale. Santé mentale, ça demande de l'accompagnement, ça demande un autre type d'intervention. Alors, c'est sûr que, patient partenaire, là, on parle de données qui sont biologiques, laboratoire, imagerie, et ainsi de suite, et là il n'y en a pas, de problème. Et le fait d'avoir accès en temps réel devient une plus-value partout où on a ça. Mais santé mentale, vous avez tout à fait raison, c'est un secteur qui est différent. Mais, encore une fois, ça ne contredit pas notre position: c'est paramétrisable et c'est gérable en termes d'accès.

Mme Doyer: J'aurais...

Le Président (M. Sklavounos): Rapidement, Mme la députée de Matapédia.

Mme Doyer: Rapidement. Les médecins omnipraticiens sont venus nous dire qu'ils aimeraient avoir un accès. Et, de plus en plus, on a des groupes de médecine familiale, avec d'autres types d'intervenants, psychologues, travailleurs sociaux, etc. Les ordres professionnels sont là, mais il peut y avoir aussi d'autres types d'intervenants en santé. Alors, comment voyez-vous cette ouverture?

M. Barrette (Gaétan): Alors, ça, c'est la raison pour laquelle...

Le Président (M. Sklavounos): Dr Barrette.

M. Barrette (Gaétan): C'est une des raisons pour lesquelles on s'est adressé, à 97, 100 et compagnie, à la problématique du tiers. De la manière où le projet de loi a été écrit, ce n'est pas compliqué, on ne peut transférer aucune information à personne. Alors, les tiers, c'est qui? Puis, même si on est autorisé du patient, 100 dit que «nul ne peut». Alors là, le projet de loi vient mettre des barrières, des frontières nouvelles qu'on n'avait pas avant. Alors, ça, c'est le dommage collatéral de la Commission d'accès à l'information et de tous les gens qui sont passés ici qui ont peur de leur ombre.

Je le répète, au moment où on se parle, dans le réseau hospitalier et de santé du Québec, les dossiers papier circulent. Ma collègue ici, ma collègue vice-présidente, qui est gynécologue à Sainte-Justine... Les résumés de dossiers, ça circule, là, puis on écrit des choses, dans un résumé de dossier, qui se ramassent à gauche et à droite. Alors, on ne peut pas défaire ce qui se fait.

Je comprends les restrictions qu'on veut mettre, mais là, dans ce projet de loi là, on met des barrières nouvelles qui remontent à jadis, là. Alors, ça, je pense qu'il faut faire attention avec ça. Et là le problème des tiers, pour prendre l'exemple que vous avez mis sur la table, est un problème très significatif, que ce soit vers d'autres professionnels ou nos propres

collègues. Le projet de loi vient empêcher ça, là.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Barrette. Alors, là-dessus, ça met fin à notre temps avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Je remercie le Dr Gaétan Barrette, président, Dre Diane Francoeur, Dr Gilles Hudon, Me Laurence Le Guillou.

Mémoires déposés

Je vais également, juste avant d'aller saluer... comme ça, on pourra terminer et ne pas suspendre et recommencer. Nous allons déposer le mémoire des organismes qui n'ont pas été entendus lors des auditions: l'Association des centres jeunesse du Québec, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, le Conseil interprofessionnel du Québec et l'Ordre des dentistes du Québec.

On a, sur consentement, éliminé les remarques finales de nos travaux.

Et nous allons maintenant suspendre nos travaux et nous allons reprendre à 13 h 15 à la salle Louis-Hippolyte-La Fontaine, où on aura une séance de travail sur une pétition. Je remercie tout le monde pour sa collaboration. Merci, la Fédération des médecins spécialistes. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 12 h 58)