



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 6 décembre 2006 — Vol. 39 N° 69

Auditions et étude détaillée du projet de loi n° 213 — Loi
concernant l'Institut de recherches cliniques de Montréal

—

Auditions et étude détaillée du projet de loi n° 215 — Loi fusionnant
Centre de réadaptation Mackay et L'Association montréalaise
pour les aveugles sous le nom de Centre de réadaptation
MAB-Mackay / MAB-Mackay Rehabilitation Centre

—

Étude détaillée du projet de loi n° 33 — Loi modifiant
la Loi sur les services de santé et les services sociaux
et d'autres dispositions législatives (9)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 6 décembre 2006 — Vol. 39 N° 69

Table des matières

Projet de loi n° 213 — Loi concernant l'Institut de recherches cliniques de Montréal	1
Remarques préliminaires	1
M. Jacques Chagnon	1
M. Philippe Couillard	1
Mme Louise Harel	2
Auditions	3
Exposé du requérant	3
Étude détaillée	4
Projet de loi n° 215 — Loi fusionnant Centre de réadaptation Mackay et L'Association montréalaise pour les aveugles sous le nom de Centre de réadaptation MAB-Mackay / MAB-Mackay Rehabilitation Centre	10
Remarques préliminaires	10
M. Russell Copeman	10
Mme Solange Charest	11
Auditions	11
Exposé des requérants	11
Étude détaillée	11
Remarques finales	14
M. Russell Copeman	14
Projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives	14
Étude détaillée	
Loi sur les services de santé et les services sociaux	
Prestation des services de santé et des services sociaux	
Les établissements (suite)	14
Objet de la loi et droits des usagers	
Droits des usagers (suite)	25
Coordination, surveillance et réglementation des services de santé et des services sociaux	
Le ministre (suite)	27

Autres intervenants

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

M. Jean-Claude St-André
Mme Charlotte L'Écuyer
M. Pierre Reid
Mme Yolande James
M. Daniel Bernard

- * M. Tarik Möröy, Institut de recherches cliniques de Montréal
- * M. Louis-Gilles Durand, idem
- * M. Jules Brière, idem
- * M. Stéphane Létourneau, idem
- * M. Yves A. Dubois, Centre de réadaptation Mackay
et L'Association montréalaise pour les aveugles
- * Mme Christine Boyle, idem
- * M. Ariel Boileau, ministère de la Santé et des Services sociaux

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 6 décembre 2006 — Vol. 39 N° 69

Auditions et étude détaillée du projet de loi n° 213 — Loi concernant l'Institut de recherches cliniques de Montréal

Auditions et étude détaillée du projet de loi n° 215 — Loi fusionnant Centre de réadaptation Mackay et L'Association montréalaise pour les aveugles sous le nom de Centre de réadaptation MAB-Mackay / MAB-Mackay Rehabilitation Centre

Étude détaillée du projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (9)

(Onze heures vingt-cinq minutes)

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

Projet de loi n° 213

Je vous rappelle que nous sommes réunis afin d'entendre les intéressés, le cas échéant, et de procéder à l'étude détaillée du projet de loi d'intérêt privé 213, Loi concernant l'Institut de recherches cliniques de Montréal.

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

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

Le Président (M. Copeman): Je rappelle, comme je le fais à chaque séance de la commission, aux membres et ainsi qu'à tous nos invités que l'utilisation des téléphones cellulaires et d'appareils semblables est défendue pendant les séances de la commission. Je prierais tous ceux qui en font l'usage de bien vouloir les mettre hors tension.

Remarques préliminaires

Je pense qu'on peut procéder immédiatement avec M. le député de Westmount—Saint-Louis, qui est le parrain et l'auteur du projet de loi, en lui demandant de présenter les représentants du requérant et, par la suite, expliquer brièvement la teneur du projet de loi n° 213.

M. Jacques Chagnon

M. Chagnon: Merci beaucoup, M. le Président, je peux peut-être me déclarer le parrain, mais je ne suis pas l'auteur du projet de loi. Les auteurs sont à ma droite, particulièrement je peux vous les présenter peut-être: M. Jules Brière, qui est procureur de l'IRCM sur le dossier; M. Tarik Möröy, qui est président et directeur scientifique de l'IRCM; M. Louis-Gilles Durand, qui est directeur exécutif en administration et services à la recherche à l'IRCM; et finalement M. Stéphane Létourneau, qui est secrétaire général de l'IRCM.

M. le Président, l'objet de notre propos et de notre demande, ce matin, c'est de faire en sorte de réadapter la loi constitutive de l'IRCM pour que ses dispositions

législatives viennent davantage préciser sa mission, mission qui s'est évidemment modifiée depuis la dernière législation, c'est-à-dire depuis 1986. Et nous allons retrouver ces différences que nous voulons voir particulièrement aux articles 2, 6, 7 et 8 du projet de loi que nous avons devant nous. Le projet de loi aussi cherche à compléter le cadre juridique. Et nous verrons, entre autres, les articles 10, 11, 12 qui viendront préciser évidemment ce que nous voulons faire pour assurer une certaine sécurité juridique à l'institut comme tel et aussi aux gens qui y travaillent ou pour les gens qui y travaillent.

Je vous prie de vous rappeler, M. le Président, que le projet de loi a déjà été, comme le prévoit notre règlement, rendu... on a déjà fait savoir par le journal *La Presse*, entre autres... Il y a eu des parutions les 22, 29 septembre et 6 et 13 octobre 2006 pour faire l'annonce du projet de loi. L'avis a paru dans la *Gazette officielle du Québec* le 30 septembre 2006.

Et finalement je vous annonce à l'avance qu'il y aura des amendements au projet de loi que vous avez devant vous et je peux peut-être les déposer à l'avance. Si vous ne les avez pas déjà, je pourrais les déposer au secrétariat. Il y aura donc des amendements aux articles 15, 16 et 17, 15 et 16 étant des amendements de concordance par rapport à l'amendement 17, que nous verrons plus tard si vous le jugez à propos.

Alors, avant de procéder, je peux peut-être demander aux gens de l'institut, s'ils ont des choses à ajouter, de le faire ou encore au ministre s'il a l'intention de le faire, mais ensuite nous pourrions procéder, si vous le jugez à propos, à l'étude article par article du projet de loi. Merci.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Il y a en principe une étape de remarques préliminaires, mais je pense que c'est plutôt pour permettre au ministre peut-être de dire quelques mots sur le projet de loi, ainsi qu'à la représentante, la critique en matière de santé, si elle le souhaite, avant de débiter l'étude détaillée. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Bien, merci, M. le Président, et ce sera bref parce que notre collègue de Westmount—Saint-Louis a donné une excellente introduction à ce projet de loi. J'aimerais cependant le mettre en contexte et en profiter bien sûr pour rendre hommage à une institution prestigieuse, qui est devant nous aujourd'hui

par la voix de ses représentants, une institution qui a joué un rôle de premier plan dans la recherche médicale au Québec depuis déjà plusieurs décennies. On sait que la première loi constitutive remontait à 1952. Il y en a eu une autre par la suite au cours des années soixante. Et on est là également ici, aujourd'hui, pour moderniser finalement le statut de cette institution dans le paysage sociosanitaire du Québec.

● (11 h 30) ●

Je voudrais rendre hommage aux directeurs successifs de l'institut, en commençant par son fondateur, un de ses fondateurs, du moins dans sa forme moderne, Jacques Genest, et par la suite Michel Chrétien, M. Guindon, M. Durand et M. Möröy qui est avec nous aujourd'hui. Et j'ai moi-même un souvenir très précis d'un des grands chercheurs de l'institut, le Dr Barbeau. Dans mes études en sciences neurologiques, j'avais été tellement impressionné par ses travaux sur la maladie de Parkinson. On sait que le Dr Barbeau, qui est un chercheur québécois, est celui qui a découvert le lien entre la déficience en dopamine et la maladie de Parkinson et les premiers traitements pharmacologiques pour cette maladie. Un des éléments des découvertes qui fait partie des grands accomplissements de l'institut.

Je voudrais également souligner la présence parmi nous du Dr Michel Bureau, qui est actuellement sous-ministre au ministère de la Santé et des Services sociaux mais qui, depuis quelques années, était également président du FRSQ, du Fonds de recherche en santé du Québec, et qui a donc été étroitement associé à la vie de l'Institut de recherches cliniques au cours des dernières années.

Si on résume brièvement la portée du projet de loi qui est devant nous et sa nécessité, il s'agit donc d'un institut de recherche qui a grossi et a atteint un niveau d'excellence et de réputation nationale et internationale et a développé progressivement un volet clinique à ses activités, d'abord de recherches cliniques mais finalement une sorte de plateau ambulatoire où le nombre de personnes, de patients, de malades qui ont visité l'institut au cours des années a augmenté de façon considérable dans une situation où, comme on voit dans un autre projet de loi actuellement devant cette commission, il y avait peu de définitions légales notamment pour ce qui a trait à l'encadrement de la qualité des soins et d'autres éléments. Et ça va rappeler à la critique de l'opposition un thème familier pour savoir que, d'après ce qu'on me disait aujourd'hui, l'institut, du moins dans ses activités cliniques, fonctionne un peu avec le statut de cabinet privé médical, ce qui est assez paradoxal compte tenu du type d'activités qui y ont lieu.

Alors, il s'agit de refaire le lien entre l'institut et le système de santé du Québec sans rien lui faire perdre d'autonomie, cependant, et l'autonomie est essentielle au développement de la recherche à un niveau d'excellence. Et il s'agit, au niveau de ce projet de loi, de créer une association entre... on dit un hôpital universitaire mais on sait qu'il s'agit probablement du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et l'Institut de recherches cliniques de Montréal, qui demeurent deux institutions distinctes mais qui, sur le plan des activités cliniques, deviennent maintenant liées par les mécanismes d'encadrement habituels, tels que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Et on considère que les activités

cliniques qui s'y déroulent se font dans une sorte d'équivalence en terme légal du Centre hospitalier de l'Université de Montréal ou de ses constituants, sans cependant, encore une fois — et j'insiste là-dessus parce que je sais que le terme vous est très cher — remettre en question l'autonomie et la pleine indépendance de l'Institut de recherches cliniques de Montréal.

Alors, c'est ce qui est devant nous aujourd'hui, M. le Président, à travers les articles que nous allons maintenant étudier.

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

Mme Louise Harel

Mme Harel: Alors merci, M. le Président. Je voudrais à mon tour vous saluer, Dr Möröy, Dr Durand, Me Létourneau et Me Brière, bien connu de cette Assemblée nationale.

Alors, le ministre a raison de rappeler le caractère prestigieux de votre institution. J'ai fait, moi, sortir les lois qui ont été, depuis 1952, adoptées par notre Assemblée nationale, la première étant la Loi constituant en corporation le Centre Médical Claude Bernard. Tantôt, au moins quelques minutes dans votre présentation, j'apprécierais si vous nous parliez de ce... Est-ce qu'il était docteur? J'imagine. On ne le mentionne pas sur la loi mais qui était ce M. Claude Bernard qui a été un visionnaire en 1952? J'ai lu, dans ce projet de loi adopté en 1952, la liste des personnes qui ont, au départ, composé le conseil d'administration du Centre médical Claude Bernard. Puis, bon, par la suite, en 1965, la loi qui a modifié la charte du Centre Médical Claude Bernard en Institut de Diagnostic et de Recherches. Et puis ensuite c'était en 1986 où il y a eu également devant cette Assemblée nationale... mais c'était dans la *Gazette officielle*, en fait, dans le projet de règlement. Et ce projet de loi n° 213 qui est devant nous et qui est parrainé par le député de Westmount—Saint-Louis.

La première question que je me suis posée, ça a été: Pourquoi ce n'était pas dans ce qu'on appelle le bill omnibus? Bon. On ne le dit plus, là, mais c'est la loi omnibus en santé qui a été présentée par le ministre de la Santé. C'est rare qu'il y a des lois omnibus, c'est-à-dire des lois qui portent sur beaucoup de sujets et qui permettent finalement de ne pas avoir à payer. Parce que les lois privées, en fait, ont un coût pour les organismes ou les personnes qui les représentent. Je ne parle pas évidemment des travaux qui ont été menés par le député de Westmount—Saint-Louis, mais, à l'Assemblée nationale elle-même, il y a enfin un coût.

M. Chagnon: ...Me Brière non plus. Alors, il n'y a pas de problème.

Mme Harel: Quoi qu'il en soit, quels que soient les appuis bénévoles que vous avez reçus, il demeure que l'Assemblée nationale en fait a des tarifs pour ce genre de loi privée. Mais tantôt peut-être un mot pour qu'on m'explique le motif qui a fait choisir finalement la voie de la loi privée plutôt que celle d'un omnibus en santé.

Et puis il y a évidemment ce qui m'intéresse aussi — je vous les dit tout de suite, peut-être, dans votre présentation, vous pouvez y répondre, et ce sera du temps de gagné pour nous tous, là — c'est la question de l'entente avec un établissement qui exploite un centre hospitalier universitaire. J'aimerais que vous précisiez pourquoi l'entente avec cet établissement n'a pas été mentionnée. C'est-à-dire qu'on ne connaît pas dans la loi le nom de l'établissement que vous avez choisi. Il me semblait que ça aurait été utile de le mentionner. C'est ma première question, la deuxième étant la question de la commercialisation.

Parce que vous introduisez dans le projet de loi la possibilité pour l'institut de vendre ou de disposer autrement des actions, obligations, parts, valeurs mobilières d'une autre personne morale. Alors, ça me semblait un aspect nouveau et pour lequel j'apprécierais que vous nous donniez des précisions dans votre présentation. Je comprends que vous voulez mettre à profit les découvertes que vous faites pour... Attendez. Vous voulez mettre à profit ces découvertes de manière peut-être à pouvoir en faire bénéficier mais aussi commercialiser... Enfin, c'est l'impression qui m'est venue à la lecture. J'aurai l'occasion de le préciser certainement.

Alors, je pense que c'est là, bon, en fait l'essentiel des questions qui me venaient à la lecture du projet de loi.

Le Président (M. Copeman): On va peut-être, à ce moment-ci, permettre au requérant, aux représentants du requérant, de répondre aux interrogations de Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve puis, par la suite, enchaîner avec l'étude détaillée du projet de loi.

Mme Harel: Excusez-moi, M. le Président, j'ai retrouvé, c'est l'article 2, paragraphe 3^o, où il est dit que l'Institut aura pour objet «de contribuer au développement socio-économique du Québec en favorisant l'exploitation des découvertes». Et on retrouve à l'article 11 finalement la concrétisation de cet objectif.

Auditions

Le Président (M. Copeman): Alors, Dr Möröy, peut-être. Allez-y.

Exposé du requérant

M. Möröy (Tarik): Merci, M. le Président. M. le ministre, chers membres de la commission, je peux peut-être essayer de répondre à vos questions. Je commence avec le nom Claude Bernard. Alors, je suis né en 1959 et l'institut a été nommé institut Claude Bernard en 1952. Je vais essayer de répondre quand même. Je crois que c'était un Français, un médecin qui a fait beaucoup sur la recherche médicale en France, à Paris. J'ai travaillé à Paris quelques années et j'ai entendu ce nom. Mais j'avoue que j'ignore la relation exacte entre le nom institut Claude Bernard et le fondateur Dr Genest, peut-être...

Le Président (M. Copeman): Je crois que le ministre de la Santé et des Services sociaux a quelque chose à nous dire là-dessus.

M. Couillard: En fait, Claude Bernard faisait partie de la grande école française de la médecine académique et est celui qui a décrit la méthode expérimentale, et c'est ce qui est attaché à son nom.

M. Möröy (Tarik): Merci.

M. Couillard: Et je suppose que les fondateurs avaient été influencés soit par sa renommée soit même peut-être par les retombées de son enseignement.

● (11 h 40) ●

M. Durand (Louis-Gilles): Exactement. Je confirme. Le fondateur avait été impressionné par cette approche en particulier et il avait visité, avant de créer l'institut, dans les années cinquante, au début des années cinquante, Rockefeller, les grands centres de recherche en France, et il était revenu dans le but de créer l'institut. De 1952 à 1967, il a travaillé très fort pour créer l'institut. Et, à l'institut, il y a une murale qui a été faite par Jordi Bonet, et on voit Claude Bernard qui fait partie de la murale pour cette approche méthodologique là.

Le Président (M. Copeman): Allez-y pour les autres...

M. Möröy (Tarik): La deuxième question, si je me souviens bien, c'est la commercialisation. Alors, peut-être, permettez que je décrive un petit peu l'IRCM. Alors, l'IRCM, c'est une institution de recherche, et l'emphase, à l'IRCM, c'est la recherche fondamentale, c'est la recherche de base biomédicale. Alors, ce n'est pas le premier volet de l'IRCM de faire une commercialisation de quelque sorte des découvertes. Mais, après quelques années, après beaucoup d'efforts sur la recherche, il se peut qu'on trouve quelque chose qu'on peut utiliser, si vous me permettez de le formuler comme ça. Mais ce n'est pas le premier but de l'IRCM de faire... d'une activité commerciale, c'est une institution à une activité académique, recherche fondamentale, alors trouver des mécanismes moléculaires des maladies qui sont derrière les maladies. Mais, si vous cherchez ça avec un but de trouver des thérapeutiques nouvelles, ça se peut qu'il y ait une question de transfert de technologies et de transfert de découvertes.

Alors, on a discuté sur la mission de l'IRCM, et c'est le troisième volet de l'IRCM, si vous voulez, de transférer finalement des découvertes, soit les breveter ou soit transférer les connaissances par enseignement. Et on a, à l'IRCM, un département — qui est d'ailleurs dirigé par Me Stéphane Létourneau, qui est notre secrétaire général, qui est assis ici présent — de transfert de découvertes ou des «technology transfers», si je peux me permettre d'utiliser ce mot anglais. Donc, c'est ça. Alors, c'est un volet de l'IRCM qui n'est pas dominant en ce moment. Ça répond à votre question?

Mme Harel: Oui. Si vous permettez, peut-être y reviendrons-nous au moment où on disposera de l'article.

M. Möröy (Tarik): D'accord. Alors, pourquoi on cherche une association avec un CHU pour la responsabilité dans l'acte médical? Alors, à présent, maintenant, avec la loi sur les hôpitaux, l'IRCM est un

hôpital présentement. Mais en principe on fait de la recherche, beaucoup plus de la recherche, mais on n'a pas des prestations des soins médicaux en termes proprement dits. Alors, cette loi, maintenant, nous fait un hôpital, mais nous ne sommes pas... Je ne suis pas médecin, par exemple, donc je suis un Ph.D. en biochimie. Donc, il faut régulariser absolument ce lien d'imputabilité et responsabilité, et le Centre universitaire CHUM, qui est à côté de l'IRCM, était prêt ou est prêt à prendre ce lien de responsabilité par son conseil d'administration. Il y avait toujours un lien très étroit entre l'IRCM et le CHUM, par exemple les médecins qui font de la recherche à l'IRCM sont membres de leur conseil de médecins, dentistes, pharmaciens, CMDP, et sont membres du CHUM déjà. Donc, c'était de quoi plus naturel que le CHUM prenne la responsabilité sur l'acte médical proprement dit, pas sur la recherche médicale, je veux le souligner, mais sur l'acte, sur la responsabilité de l'acte médical.

Mme Harel: Évidemment, la question est la suivante: Pourquoi ne pas avoir mentionné le CHUM dans le projet de loi?

M. Müröy (Tarik): Parce que ça peut être aussi un autre CHU, le cas échéant, mais ça va être le CHUM. On est en train, on a presque terminé de faire notre... c'est terminé. Le D.G. du CHUM, Dr Denis Roy, était d'accord aujourd'hui d'envoyer un fax en principe avec notre convention de concession sur l'acte médical et sur une convention de recrutement en ce qui concerne les médecins et des chercheurs en recherches cliniques. Donc, c'est très naturel que ce soit le CHUM, mais ça pourrait être en principe un autre CHU. Mais il y a déjà des liens avec le CHUM depuis longtemps. Alors, si on prend l'historique, Dr Jacques Genest, le fondateur, il était membre du CHUM au niveau de la fondation de l'IRCM. À l'époque, c'était l'Hôtel-Dieu et aujourd'hui c'est le CHUM. En tout cas, ça répond?

Le Président (M. Copeman): Oui, Me Brière.

M. Brière (Jules): Oui. Quant au format du projet de loi qui est d'intérêt privé plutôt qu'un projet de loi d'intérêt public, bien, probablement... enfin M. le ministre pourrait répondre mieux que moi à cette question-là, mais, du point de vue de l'institut, je crois que l'explication se trouve dans le maintien d'un statut à l'organisation qui est en dehors du réseau de la santé dans son aspect recherche, là. Alors, ça n'est pas un établissement. Donc, il ne revenait pas à une loi générale d'intérêt public de modifier le statut de cette institution.

Étude détaillée

Le Président (M. Copeman): Alors, on peut procéder à l'étude détaillée. Alors, l'article 1. M. le député de Westmount—Saint-Louis. Est-ce que vous souhaitez disposer du préambule en premier lieu ou à la fin?

M. Chagnon: Bien, c'est à votre goût.

Le Président (M. Copeman): Bien, on peut le faire tout de suite. Ça va.

M. Chagnon: Alors, allons-y.

Le Président (M. Copeman): Allez-y avec le préambule, M. le député de Westmount.

M. Chagnon: Alors: «Attendu que l'Institut de recherches cliniques de Montréal est une personne morale constituée par la Loi constituant en corporation le Centre Médical Claude Bernard Medical Centre (1952, chapitre 139), telle que modifiée par la Loi modifiant la charte de «Centre Médical Claude Bernard Medical Centre» et changeant son nom en celui de L'Institut de Diagnostic et de Recherches Cliniques de Montréal (1965, chapitre 117) et dont le nom a été modifié de nouveau en application de l'article 19 de cette loi constitutive après autorisation du ministre des Finances publiée à la *Gazette officielle du Québec* le 8 novembre 1986;

«Qu'il y a lieu de modifier les statuts de l'institut afin de préciser ses objets, de compléter le cadre juridique dans lequel des activités cliniques de soins médicaux s'y exercent et de continuer son existence comme personne morale régie par la partie III de la Loi des compagnies (L.R.Q., chapitre C-38).»

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a discussion sur le préambule? Est-ce que le préambule est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Article 1. M. le député.

M. Chagnon: Alors, le Parlement décrète ce qui suit à l'article 1: «La personne morale Institut de recherches cliniques de Montréal est continuée comme personne morale sans but lucratif régie par la partie III de la Loi sur les compagnies (L.R.Q., chapitre C-38).»

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'article 1 est adopté?

Mme Harel: Attendez. Oui, oui, excusez-moi.

Le Président (M. Copeman): Adopté? Adopté. L'article 2. M. le député.

M. Chagnon: Alors, l'article 2, M. le Président: «L'Institut exploite un centre de recherche ayant notamment pour objet:

«1° — premier alinéa...

Le Président (M. Copeman): Premier paragraphe, M. le député.

M. Chagnon: ...premier paragraphe — de comprendre les causes et les mécanismes des maladies afin de découvrir des outils diagnostiques et des moyens de prévention et de traitement.»

Voulez-vous les faire alinéa par alinéa? Alors, je continue.

Le Président (M. Copeman): Non. Allez-y, M. le député.

M. Chagnon: Alors, je continue: «2° — deuxième alinéa — de former des chercheurs et du personnel de recherche;

«3° — troisième alinéa — de contribuer au développement socio-économique du Québec en favorisant l'exploitation des découvertes.»

Le Président (M. Copeman): On voit que la Commission de l'éducation ne légifère pas souvent. Ce sont des paragraphes, M. le député.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): J'attends depuis neuf ans pour faire un commentaire semblable à M. le député de Westmount—Saint-Louis.

M. Chagnon: Vous avez réussi ce matin.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Oui. Alors, je crois que Dr Möröy... C'est bien Möröy, hein, c'est ça?

M. Möröy (Tarik): C'est ça.

Mme Harel: Vous nous avez dit tantôt que Me Létourneau était à la tête d'un secrétariat ou, en fait, d'un service de l'institut qui voit aux suites à donner finalement à certaines découvertes fondamentales. Est-ce qu'à date il y a eu de ces découvertes qui ont été brevetées?

M. Möröy (Tarik): Il y en a beaucoup. Il y en a même une liste très longue, plusieurs pages de découvertes depuis 40 ans, parce que l'institut va fêter bientôt son anniversaire de 40 ans. Mais je peux laisser le mot à Me Létourneau pour expliquer plus en détails, peut-être.

M. Létourneau (Stéphane): Brièvement. Oui, effectivement, il y a eu plusieurs brevets de pris et des succès de commercialisation dont de nombreux dans le domaine biomédical qui sont dus à mon collègue ici, assis à ma gauche, le Dr Durand. Plusieurs de ses inventions se sont retrouvées commercialisées. Certaines sont encore d'ailleurs au sein d'entreprises de biotechnologies dans le domaine des appareils médicaux au Québec. Il y a des projets courants, plus récents, qui ont lieu. Nous avons cet automne encore conclu une transaction très intéressante avec une société pharmaceutique pour l'accès à des droits de propriété intellectuelle sur des outils de recherche dans le domaine de la découverte de molécules.

Mme Harel: Alors, qu'est-ce que change le projet de loi qui est devant nous?

M. Möröy (Tarik): Alors, ce qui concerne la commercialisation, il ne change pas grand-chose, ça a toujours existé, mais ça devrait faire partie de la nouvelle loi certainement parce que ça fait partie de la mission de l'institut. Il faut bien préciser que la mission a plusieurs volets: la recherche fondamentale, et exploiter les fruits de la recherche fondamentale, et l'enseignement.

● (11 h 50) ●

M. Létourneau (Stéphane): Oui, j'ajouterais à ce commentaire que c'est un peu tout simplement de rendre officielle, de faire sortir du placard une dimension de nos activités qui a toujours existé. Et, pour répondre aussi à votre question, il y a effectivement un lien entre ce paragraphe et l'article 11, on pourra y revenir plus tard si vous le souhaitez.

Mme Harel: Et à quelles fins sont destinés les revenus qui proviennent de cette commercialisation?

M. Durand (Louis-Gilles): Les revenus sont distribués en fonction des recommandations du gouvernement à propos des découvertes en milieu universitaire. Une partie, 50 %, est distribuée aux inventeurs, aux chercheurs, l'autre partie revient aux institutions et elle est utilisée dans le but de supporter la recherche, la valorisation de la recherche aussi et les transferts technologiques.

Mme Harel: Alors, c'est déjà défini dans une autre loi. Doit-on comprendre que cette répartition que vous nous décrivez, elle se retrouve dans une directive?

M. Durand (Louis-Gilles): Une directive du Fonds de la recherche en santé du Québec à laquelle adhèrent toutes les universités, je pense des trois conseils du Québec, à laquelle adhèrent toutes les universités québécoises de fait.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Harel: Oui. Adopté.

Le Président (M. Copeman): Alors, l'article 2 est adopté. L'article...

M. Chagnon: M. le Président, il y a une coquille ici.

Le Président (M. Copeman): Bien oui, je vois ça.

M. Chagnon: Vous aurez remarqué, et c'est pour ça que je vous le signale tout de suite, que nous allons procéder à l'article 3, donc qu'il y aura une renumérotation à faire un peu plus tard.

Alors, l'article 3: «Le siège de l'institut est situé à Montréal.»

Mme Harel: Adopté.

Une voix: ...

Mme Harel: Non, dites-moi pas qu'il veut l'amener à Sherbrooke.

Le Président (M. Copeman): Je ne veux pas mettre le député de Westmount—Saint-Louis à dos. On partage des bureaux ici, à l'Assemblée nationale, ce serait vraiment... ce ne serait pas une bonne chose. Alors, l'article 3 est adopté.

M. Chagnon: Alors, à l'article 4: «Le montant des revenus provenant des biens immobiliers que peut acquérir et posséder l'institut est limité à 1 000 000 \$.»

Mme Harel: Excusez-moi, mais, compte tenu des hausses d'évaluation foncière, c'est peu, c'est vraiment peu.

M. Möröy (Tarik): Je crois qu'on ne dépassera jamais, jamais ce million, là.

Mme Harel: En évaluation foncière?

M. Möröy (Tarik): Parce qu'en principe...

Mme Harel: Immobilière.

M. Möröy (Tarik): Des revenus, des revenus parce que, même si on essaie de louer nos locaux, on ne va jamais dépasser 1 million de revenus. Je ne crois pas. Ça, c'est pour être en sécurité si jamais on va passer à la location d'un de nos locaux.

Mme Harel: D'accord.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'article 4 est adopté?

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. L'article 5.

M. Chagnon: Alors, à l'article 5: «L'institut peut dispenser de l'enseignement et participer à la formation de chercheurs et de professionnels de la santé. Il peut, à ces fins, conclure une entente avec un établissement d'enseignement de niveau supérieur ou avec un établissement public qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2).»

Le Président (M. Copeman): Ça va? Est-ce que l'article 5 est adopté?

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): L'article 6. M. le député.

M. Chagnon: 6: «Dans le cadre de la mise en oeuvre de projets de recherche clinique, l'institut peut exploiter une clinique où des services de santé sont offerts en externe à la population par des professionnels de la santé.»

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'article 6 est adopté?

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. L'article 7.

M. Chagnon: Article 7: «Pour exploiter une telle clinique, l'institut doit conclure, avec un établissement public qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire et qui est autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux, une entente par laquelle il concède à l'établissement le

droit exclusif de dispenser des services médicaux dans les locaux de la clinique.

«Cette entente doit prévoir, entre autres:

«1° que tout médecin qui désire exercer son activité professionnelle à la clinique de l'institut doit faire partie du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement et remplir en tout temps les obligations rattachées à la jouissance des privilèges qui lui sont accordés par l'établissement;

«2° que l'établissement est responsable du contrôle de la qualité et de la surveillance des services médicaux dispensés dans la clinique;

«3° que l'établissement est responsable du traitement des plaintes des usagers de la clinique relativement aux services médicaux qui y sont dispensés;

«4° que l'établissement dispense les services médicaux dans les locaux qui lui sont loués à cet effet par l'institut.

«L'entente ne peut prévoir la dévolution à l'établissement des fonctions de direction, de planification et de coordination des projets de recherche.»

Mme Harel: Tantôt, vous mentionniez que le Dr Roy, directeur général du CHUM, vous avait transmis une correspondance. Est-ce que vous pourriez nous en faire part?

M. Möröy (Tarik): Certainement. Il a envoyé ce matin, par télécopie, son accord principal. Je peux le lire, si vous le souhaitez. Alors, ça part de Me Poirier, qui est l'avocat du CHUM, c'est ça, et Me Poirier nous écrit: J'ai eu une conversation téléphonique, ce matin, avec le Dr Denis Roy qui m'appelait de Lyon — il séjourne à Lyon — ce qui explique... Je vous confirme que le CHUM maintient son accord de principe quant au contenu des deux conventions en cause dans leurs dernières versions. Alors, les dernières versions de nos deux ententes, alors sur la concession, sur la responsabilité de l'acte médical et sur le recrutement des chercheurs-cliniciens ou des cliniciens. C'est des deux ententes. Il a un accord de principe, et on attend l'autorisation du ministre, bien entendu.

Mme Harel: J'allais demander au ministre justement peut-être que ce soit enregistré, là, pour que ça puisse être enregistré dans nos galées, dans la *Gazette officielle*...

M. Couillard: Puis de plus, M. le Président, j'aimerais indiquer que le Dr Michel Bureau dont j'ai parlé tantôt a parlé au Dr Roy ce matin même, qui a confirmé, donc corroboration, qui confirme son accord pour l'entente dans sa dernière version, et bien sûr elle sera autorisée par la personne qui vous parle.

M. Chagnon: Encore un moment historique, M. le Président.

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Nous ne faisons que ça, à la Commission des affaires sociales.

Alors, d'ailleurs, la secrétaire m'avise, M. le député, et je l'apprends également, qu'en principe on devrait

vraiment référer aux articles tels qu'ils paraissent dans le projet de loi, et non pas tels que corrigés. Et c'est à la fin qu'on va corriger la...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Oui, c'est ça. On apprend tous les jours.

M. Chagnon: Moi, j'essayais de vous aider à l'avance.

Le Président (M. Copeman): Je comprends. Alors, on va...

M. Chagnon: Alors, recontinuons à 9, revenons à 9, dans ce cas-là.

Le Président (M. Copeman): À partir d'ici, là, pour mêler tout le monde, on va, à partir d'ici, référer aux vrais articles du projet de loi. Alors, est-ce que l'article 8 est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. L'article 9. M. le député.

M. Chagnon: Alors: «Les services dispensés par un médecin dans la clinique de l'institut sont réputés, aux seules fins de la rémunération de ce médecin, être rendus dans une installation de l'établissement partie à l'entente.»

Mme Harel: Alors, on a beaucoup étudié ça dans le projet de loi n° 33, avec toutes les conséquences que cela peut avoir pour la rémunération, y compris pour les frais accessoires.

M. Couillard: Pas les frais accessoires, la composante technique de la rémunération.

Mme Harel: La composante technique. Ça signifie que les frais accessoires seront à la charge des patients?

M. Couillard: Non, parce que ça devient un établissement. Il n'y a pas de... Et c'est des services assurés.

Mme Harel: C'est des services assurés.

M. Couillard: Mais par contre ce que ça veut dire en pratique, il faut le dire formellement, c'est que les médecins qui factureraient autrefois le tarif de médecine en cabinet factureront maintenant les actes tels qu'ils sont rémunérés en établissement. Voilà.

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Alors, l'article 9 est adopté. L'article 10.

M. Chagnon: L'article 10: «Lorsqu'il a conclu une entente visée à l'article 8, l'institut transmet annuellement au ministre de la Santé et des Services sociaux un

rapport sur la mise en oeuvre de l'entente ainsi que, le cas échéant, sur toute autre question connexe que le ministre détermine.»

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Alors, l'article 10 est adopté. L'article 11.

M. Chagnon: «L'institut peut acquérir et détenir des actions, obligations...»

Le Président (M. Copeman): Oui?

M. Couillard: On vient d'adopter l'article 10.

Une voix: Oui.

M. Couillard: Je voulais juste souligner que, compte tenu du problème de numérotation et compte tenu du fait qu'on fait référence à l'article 8, on m'indique qu'il va falloir en tenir compte dans... Et peut-être même sous la forme d'un amendement. Je ne sais pas si, dans une renumérotation, on peut changer ça. Il va falloir faire un amendement qui transforme le 8 en 7, c'est ça? Donc, on va le préparer.

M. Chagnon: Alors, je recommence: «Lorsqu'il a conclu une entente visée à l'article 8...» Là, il y aurait un amendement à proposer, que l'article 8 devienne l'article 6... 7, 7. Alors, l'amendement: «Lorsqu'il a conclu une entente visée à l'article 7, l'institut transmet...»

Donc, il faut changer le mot «8» en «7», si on est d'accord avec l'amendement.

M. Couillard: Non, non. Il y a un seul article, il y a un renvoi à un seul article.

Une voix: 7.

M. Chagnon: Oui, 7.

M. Couillard: «L'institut transmet».

M. Chagnon: Oui, c'est ce que je viens de dire, c'est ça.

M. Couillard: Mais j'ai compris que vous ajoutiez quelque chose, également.

M. Chagnon: Non, non, non. On le change. J'ai fait un amendement pour que le «8» devienne le «7».

M. Couillard: Oh! C'est d'une complexité...

M. Chagnon: Ça vous va, M. le ministre?

M. Couillard: Voilà. Ça va très bien. Continuez comme ça, M. le député.

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Allez-y.

M. Chagnon: Alors, est-ce que l'article est adopté?

Le Président (M. Copeman): C'est ça. Est-ce que l'article...

Mme Harel: 10, tel qu'amendé.

Le Président (M. Copeman): ...10 est adopté? Adopté. Article 11.

M. Chagnon: Merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Quand on fait affaire avec deux présidents de commission, ça devient très compliqué en commission parlementaire, je vais te dire une affaire.

● (12 heures) ●

M. Chagnon: Ça me fait plaisir d'avoir donné une petite leçon de procédure à mon collègue qui siège beaucoup plus souvent que moi pour faire de la législation. Alors, on continue à l'article 11, M. le Président?

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

M. Chagnon: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, à l'article 11: «L'institut peut acquérir et détenir des actions, obligations, parts ou autres valeurs mobilières d'une autre personne morale ou d'une société, les vendre ou autrement en disposer.»

Mme Harel: Alors là, est-ce que ça crée un précédent ou c'est déjà le cas?

M. Létourneau (Stéphane): C'est-à-dire que la préoccupation derrière ces clauses était de permettre à une société sans but lucratif, qui, selon le régime général des sociétés sans but lucratif, devrait normalement prévoir dans ses règlements généraux ou dans sa loi constituante une disposition à cet effet pour valablement détenir des actions ou des parts dans d'autres entités, bien de se débarrasser de cet obstacle potentiel là. De l'inscrire, c'est une nouveauté parce que ce n'était peut-être pas exprimé si clairement dans la loi antérieure. Mais c'est une formalité parce que les règlements généraux internes de toute société sans but lucratif peuvent disposer de la même chose. Et, oui, l'IRCM a détenu, dans le passé, des actions d'entreprises dérivées qui commercialisaient... ou des options, je devrais dire, des options d'actions d'entreprises dérivées qui commercialisaient ses découvertes. Alors, c'était pour éviter tout doute sur la légitimité de cette disposition.

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce que l'article 11 est adopté.

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Article 12.

M. Chagnon: L'article 12, M. le Président: «L'institut doit souscrire un contrat d'assurance responsabilité à l'égard des actes dont il peut être appelé à répondre.

«À cette fin, il peut adhérer à une association reconnue par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 267 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et ce, même s'il n'est pas un établissement au sens de cette loi.»

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'article 12 est adopté?

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. L'article 13.

M. Chagnon: L'article 13: «Les immeubles de l'institut sont exempts de toute taxe foncière.»

Mme Harel: Ça, M. le Président, ça m'a surprise, d'abord parce que le gouvernement paie les en-lieu de taxe sur les établissements hospitaliers, et, pour avoir signé le premier pacte fiscal municipal, c'est échelonné pour que... Maintenant, je crois que c'est 100 %, les en-lieu de taxe, là, qui sont...

Mme Charest (Rimouski): Assumés par le gouvernement, je m'en souviens, oui.

Mme Harel: ...assumés par le gouvernement. Et est-ce que l'institut a toujours été exempté de taxe foncière?

M. Létourneau (Stéphane): Alors, l'institut, depuis de nombreuses années, est effectivement exempté de taxe foncière. Il y a eu un changement à la Loi sur la fiscalité municipale, que je remplace difficilement en termes d'année, là, mais qui nous a amenés à redemander l'exemption récemment, donc probablement en 2003, et nous avons réobtenu l'exemption. Et la disposition, ici, vient en fait nous éviter d'avoir à répéter de telles démarches dans le futur mais ne nous...

Une voix: ...

M. Létourneau (Stéphane): ...ne nous exempte pas de l'obligation de payer des en-lieu de taxe, à moins que Me Brière veuille me contredire sur ce point.

M. Brière (Jules): Non. Je pense que les taxes ou les indemnisations pour les services vont continuer d'être exigibles, et ce qui est la situation actuelle, bénéficié d'une recommandation en vertu de la Loi sur la fiscalité municipale, bien ils doivent payer quand même selon les règlements de la ville un certain pourcentage qui équivaut à ce qu'il en coûte à la ville pour leur donner les services, là, généralement offerts aux citoyens. Alors donc, ça, ça va continuer, ça n'aura pas d'effet sur cette obligation-là.

Mme Harel: C'est devant la Commission municipale du Québec que vous aviez obtenu l'exemption?

M. Brière (Jules): Oui. La reconnaissance a été donnée par la Commission municipale, oui.

Mme Harel: Mais est-ce que, du même coup, les avoirs que vous pourriez détenir... Pouvez-vous détenir d'autres immeubles ou simplement, en vertu de l'article 11, là, simplement des valeurs mobilières? Vous ne pourriez pas détenir d'autres actions immobilières?

M. Létourneau (Stéphane): L'article 11 dit effectivement: Des actifs ou des biens mobiliers.

Mme Harel: Mobiliers seulement, hein?

M. Létourneau (Stéphane): L'article 11, oui.

Mme Harel: Et pourriez-vous, en vertu d'autres dispositions, détenir des, si vous voulez... je ne sais pas si c'est sous forme d'actions, mais une participation dans d'autres immeubles?

M. Brière (Jules): Ce qui est exempté, ce sont les immeubles de l'institut.

Mme Harel: De l'institut.

M. Brière (Jules): Alors, c'est sûr que, pour ses besoins, l'institut peut acquérir des immeubles, mais ça restera toujours des immeubles affectés à des activités de l'institut, ça ne peut pas être indirect.

Mme Harel: La question que je me posais, c'est: Est-ce qu'il y a beaucoup de précédents, comme celui-là, d'introduire... est-ce qu'il y a beaucoup de précédents d'introduire, dans des projets de loi privés, une exemption de taxe foncière? Je dois vous dire que la ville de Montréal recherche à élargir son assiette fiscale, réclame, par exemple, du gouvernement le paiement de taxes foncières sur le Palais des congrès à Montréal, etc. Mais, comme vous aviez déjà cette exemption... sauf qu'il vous fallait payer la taxe d'eau, j'imagine?

M. Durand (Louis-Gilles): ...malgré qu'on a l'exemption 100 %, on reçoit un compte de taxes qui nous coûte 100 000 \$ par année. Parce qu'il y a une valeur minimale à laquelle on ne peut pas être en exemption...

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'article 13 est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. L'article 14.

M. Chagnon: 14: La Loi constituant en corporation le Centre médical Claude Bernard Medical Centre (1952, chapitre 139) et la Loi modifiant la charte de «Centre médical Claude Bernard Medical Centre» et changeant son nom en celui de l'Institut de Diagnostic et de Recherches Cliniques de Montréal (1965, chapitre 117) sont abrogées.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'article 14 est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): On voit l'importance de conserver les numéros d'article tels quels, parce que je crois, M. le député, il y a un amendement à l'article 15.

M. Chagnon: Oui. Alors, à l'article 15: Les administrateurs de l'institut en fonction le — et ici il y a une parenthèse — (indiquer ici la date précédant celle de la sanction de la présente loi) le demeurent jusqu'à ce qu'ils soient remplacés ou nommés de nouveau par les membres conformément aux règlements de l'institut. De même, les personnes qui sont membres en règle de l'institut à cette date le demeurent dans la mesure où ils satisfont aux conditions prévues par les règlements de l'institut.

L'amendement, l'amendement ici serait de remplacer la parenthèse, que je vous ai lue, c'est-à-dire «(indiquer ici la date précédant celle de la sanction de la présente loi)», la remplacer, dis-je, par le «31 mars 2007».

Et la logique de cela, c'est que la présente loi entre en vigueur, à l'article 17, le 1er avril 2007. Alors, il y a une corrélation entre les amendements 15, 16 et celui qui viendra plus tard au 17.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Est-ce que l'article 15, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): L'article 16. M. le député.

M. Chagnon: 16: Les règlements, résolutions et autres actes pris ou autorisés par le conseil d'administration de l'institut avant le — et, je répète ici encore une fois, il y a une parenthèse où on dit — (indiquer ici la date de la sanction de la présente loi) sont réputés valides et continuent d'avoir effet jusqu'à ce qu'ils soient modifiés ou remplacés par le conseil d'administration, conformément à la partie III de la Loi sur les compagnies.

Alors, ici, il faudrait remplacer la parenthèse par ce qui suit, c'est-à-dire le «1er avril 2007».

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Est-ce que l'article 16, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): L'article 17.

M. Chagnon: Alors, à l'article 17, M. le Président: La présente loi entre en vigueur le — et ici aussi il y a une parenthèse qui nous dit — (indiquer ici la date de la sanction de la présente loi).

Alors: La présente loi entre en vigueur le 1er avril 2007. C'est l'amendement.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'article 17, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Alors, est-ce que la commission recommande la renumérotation du projet de loi amendé? Oui.

Est-ce que le titre du projet de loi est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Est-ce que le texte du projet de loi, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Est-ce qu'on désire faire des remarques? Non, ça va?

M. Chagnon: Je voudrais remercier les membres de la commission.

Le Président (M. Copeman): Très bien. La commission ayant accompli son mandat, je suspends les travaux pour quelques minutes afin d'effectuer un autre mandat. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 10)

(Reprise à 12 h 17)

Le Président (M. Paquin): À l'ordre, s'il vous plaît! On est tous prêts, je crois. Donc, je constate qu'il y a quorum. La Commission des affaires sociales débute ses travaux.

Projet de loi n° 215

Je rappelle le mandat de la commission. La Commission des affaires sociales est réunie afin d'entreprendre les intérêts... et de procéder à l'étude détaillée du projet de loi d'intérêt privé n° 215, Loi fusionnant Centre de réadaptation Mackay et L'Association montréalaise pour les aveugles sous le nom de Centre de réadaptation MAB-Mackay / MAB-Mackay Rehabilitation Centre.

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

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

Le Président (M. Paquin): Donc, je rappelle aux membres de la commission que les appareils cellulaires doivent être éteints. On n'a pas le droit aux appareils cellulaires pendant les discussions.

Remarques préliminaires

J'invite le parrain du projet de loi, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce, à présenter les représentants et les requérants, et leurs procureurs à expliquer brièvement la tenue du projet de loi.

M. Russell Copeman

M. Copeman: Merci beaucoup, M. le Président. Pour débiter à présenter les représentants du requérant: au centre, Mme Christine Boyle, qui est directrice générale du Centre de réadaptation Mackay et directrice générale par intérim et secrétaire de L'Association montréalaise pour les aveugles; à sa droite, c'est-à-dire à notre gauche, M. Keith Hardie, directeur général adjoint par intérim de L'Association montréalaise pour les aveugles et directeur général adjoint par intérim du Centre de réadaptation Mackay; et, à notre droite, à gauche sur la table, Me Yves Dubois, procureur pour les requérants.

M. le Président, je vais peut-être brièvement exposer le projet de loi en vous disant immédiatement que c'est un moment historique pour moi. C'est la première fois en 12 ans que j'ai l'honneur de parrainer un projet de loi. Je suis très content d'ailleurs qu'il s'agisse d'un projet de loi qui fusionne deux établissements de santé et de services sociaux privés conventionnés situés dans mon comté, un projet de loi qui va améliorer l'efficacité de l'organisme, des établissements, les aider à mieux gérer les deux établissements fusionnés en un et mieux fournir des services à leurs clientèles.

● (12 h 20) ●

Alors, le Centre de réadaptation Mackay est une personne morale sans but lucratif qui a été constituée en 1961. L'Association... «The Montréal Association for the Blind, Mr. Chairman, was constituted in 1910.» On voit les origines de ces deux établissements bien ancrés à Montréal. La fusion des deux établissements est recommandée, a été approuvée à l'unanimité par résolution du conseil d'administration et de l'assemblée générale des membres du Centre de réadaptation Mackay adoptée le 26 janvier 2006. La fusion a été également recommandée et adoptée par résolution du conseil d'administration et de l'assemblée générale des membres de L'Association montréalaise pour les aveugles la même date, c'est-à-dire le 26 janvier 2006, et la convention de fusion est intervenue le 26 janvier entre les deux personnes morales.

M. le Président, comme je l'ai indiqué, il s'agit, je crois, d'une très bonne nouvelle pour les deux établissements et pour leurs clientèles. J'avise les membres de la commission que les avis ont été donnés conformément aux règles de procédure du Parlement, le président de l'Assemblée nationale a déjà été avisé, et qu'en date d'aujourd'hui... ou d'hier, pardon, le 5 décembre, la Direction des affaires juridiques et législatives n'avait reçu aucune demande d'intervention sur le projet de loi d'intérêt privé. Il s'agit d'une unanimité dans le milieu, parmi les deux établissements, pour mieux desservir leurs clientèles, à peu près les 2 000 clients du Centre Mackay et les 3 300 clients du MAB.

Et je terminerais en disant... peut-être en anticipant un peu une question provenant de peut-être la députée de Rimouski: Pourquoi procéder par bill privé? Il est vrai que le projet de loi n° 45 qui est devant l'Assemblée nationale, à l'article 15 du projet de loi, prévoit que l'Assemblée nationale donne les pouvoirs de fusion des établissements privés conventionnés au ministre de la Santé et des Services sociaux. Le processus de fusion pour les deux établissements est en cours depuis, comme je l'ai indiqué, janvier de cette année. Alors, il s'agit déjà d'un an que cette procédure est mise en place. Les deux établissements voulaient vraiment procéder pour... soutenir le momentum pour procéder le plus rapidement possible par bill privé, craignant, avec un certain doigté politique, que le projet de loi n° 45 ne soit pas adopté pendant la session courante de l'Assemblée nationale. Alors, c'est pour ça qu'ils ont décidé de demander, par bill privé, de procéder de cette façon.

Le Président (M. Paquin): Merci, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce. Est-ce qu'il y a d'autres remarques préliminaires?

Mme Charest (Rimouski): Bien, je tiens, au nom de l'opposition officielle...

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

Mme Solange Charest

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Alors, je tiens à vous souhaiter la bienvenue, les représentants du Centre de réadaptation ainsi que de L'Association montréalaise pour les aveugles qui ont décidé de faire cause commune. Je pense que c'est un plus, ces projets de fusion. Honnêtement, j'y vois des éléments positifs.

Moi, je suis vraiment préoccupée aussi pour toute la question de la réadaptation. Je vois que vous êtes aussi des institutions qui ont un passé et une histoire. Vous êtes bien enracinés dans le milieu montréalais, avec les dates qui nous sont présentées comme étant celles de votre naissance. Donc, vous avez évolué avec le système de santé et de services sociaux du Québec, et ça, je pense que c'est un plus, de pouvoir compter sur des institutions qui ont non seulement l'expertise, mais l'expérience et qui ont — comment je dirais? — des faits, hein, votre histoire sur laquelle vous pouvez vous reposer.

Alors, je ne sais pas si c'est à ce moment-ci, j'aimerais ça vous questionner un petit peu.

Le Président (M. Paquin): ...par la suite, Mme la députée.

Mme Charest (Rimouski): C'est par la suite? O.K. Parfait. C'est beau.

Le Président (M. Paquin): Oui. On va présenter nos invités et, par la suite, on va...

Mme Charest (Rimouski): Alors, ça va. Merci.

Le Président (M. Paquin): D'accord? Parfait. Est-ce qu'il y a d'autres remarques préliminaires?

Auditions

Donc, j'invite maintenant les représentants des requérants et leur avocat, leur procureur, à s'identifier et à exposer les lignes principales de leur projet de loi. On vous écoute.

Exposé des requérants

M. Dubois (Yves A.): Mon nom est Yves Dubois. Je suis le procureur des deux institutions. Je pense que M. Copeman a très bien élaboré, là, le but et l'objet de la loi qui est devant vous, M. le Président, M. le ministre...

Étude détaillée

Le Président (M. Paquin): Ça va? Donc, on est rendu maintenant à l'étude détaillée du projet de loi et je pense qu'on doit commencer par le préambule. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Alors: «Attendu que le Centre de réadaptation Mackay est une personne morale sans but lucratif constituée par la Loi concernant le Centre Mackay (1960-1961, chapitre 153), telle que modifiée par le chapitre 109 des lois de 1989, qui, à titre d'établissement privé, exploite un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience auditive ainsi qu'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice;

«Que L'Association montréalaise pour les aveugles est une personne morale sans but lucratif constituée par la Loi constituant en corporation The Montreal Association for the Blind (1910, chapitre 90), telle que modifiée par le chapitre 119 des lois de 1963-1964, qui, à titre d'établissement privé, exploite un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle ainsi qu'un centre d'hébergement et de soins de longue durée pour ces mêmes personnes;

«Que le Centre de réadaptation Mackay et L'Association montréalaise pour les aveugles partagent des objectifs communs liés à la réadaptation, l'adaptation et l'intégration sociale des personnes ayant une déficience physique dans la région de Montréal et qu'il est souhaitable que ces établissements fassent l'objet d'une fusion pour favoriser une plus grande efficacité de gestion, d'exploitation et de mobilisation;

«Que la fusion des deux personnes morales a été approuvée à l'unanimité par résolutions du conseil d'administration et de l'assemblée générale des membres du Centre de réadaptation Mackay adoptées le 26 janvier 2006;

«Que cette fusion a été approuvée à l'unanimité par résolutions du conseil d'administration et de l'assemblée générale des membres de L'Association montréalaise pour les aveugles adoptées le 26 janvier 2006;

«Qu'une convention de fusion est intervenue le 26 janvier 2006 entre les deux personnes morales.»

Le Président (M. Paquin): Très bien, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce. Je pense, Mme la députée de Rimouski, que c'est le moment où vous pouvez faire part de vos interrogations.

Mme Charest (Rimouski): Merci. Bien, c'est juste pour avoir un peu de lumière sur ce qu'a été votre travail jusqu'ici. Le Centre de réadaptation Mackay, vous avez fait de la déficience auditive, de la déficience motrice, est-ce que ce sont les deux seuls créneaux, au cours des ans, que vous avez développés ou si vous avez abandonné certains créneaux au profit de d'autres? Ça a été quoi votre cheminement par rapport à ça?

Mme Boyle (Christine): Nous desservons des personnes déficientes auditives de tout âge et enfants déficience motrice et du langage aussi.

Mme Charest (Rimouski): Et vous avez encore...

Mme Boyle (Christine): Oui.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Et ça a toujours été votre...

Mme Boyle (Christine): Mais le mandat de desservir les adultes a été ajouté en 1989. Avant 1989, c'était seulement un centre pédiatrique.

Mme Charest (Rimouski): J'aimerais ça vous entendre parce que, dans le préambule, vous parlez des objectifs communs. Vous êtes deux établissements qui avez probablement une culture organisationnelle différente mais qui va se fusionner comme les lettres patentes de vos organismes, mais j'aimerais vous entendre sur vos objectifs communs de réadaptation, d'adaptation et d'intégration parce que c'est trois éléments importants qui ne peuvent pas vivre l'un sans l'autre si on veut avoir une approche globale et avoir des résultats probants, mais j'aimerais que vous nous en fassiez part.

Mme Boyle (Christine): Oui. Vous avez tout à fait raison. L'insertion sociale est notre but en réadaptation et, vu qu'on dessert des clientèles différentes... Dans le reste de la province, la réadaptation physique est donnée par un centre par région. À Montréal, on est différent. Donc, nous allons desservir les quatre déficiences mais les principes et le cadre conceptuel qu'on utilise est le même: le processus de production du handicap. Et nous avons spécifiquement deux clientèles: les personnes âgées qui ont souvent une perte auditive et une perte visuelle qui sont déjà clients des deux centres. Donc, pour ces personnes-là, d'avoir affaire avec une équipe et avec un centre va faciliter leur vie pour cette clientèle vulnérable. Il y a une autre clientèle aussi qu'on a en commun, c'est les enfants multihandicapés, souvent les prématurés. Ces enfants-là ont souvent une déficience motrice, du langage, ça peut être les quatre, visuelle et auditive aussi. Et, pour les parents et les familles de ces enfants-là, de faire affaire avec un centre au lieu de deux, ou trois, ou quatre, je pense qu'on leur rend service.

Mme Charest (Rimouski): Quand vous parlez des enfants avec de multiples handicaps, vous faites référence aux multiples handicaps physiques et non pas... vous ne parlez pas du tout de déficience intellectuelle?

Mme Boyle (Christine): Non.

● (12 h 30) ●

Mme Charest (Rimouski): Ça, vous n'y touchez pas du tout d'aucune façon? Même si vous avez un enfant qui a de multiples... et qui en plus peut posséder aussi une déficience intellectuelle?

Mme Boyle (Christine): Oui, oui, on le voit souvent, et c'est fait à travers des plans de services avec les centres qui desservent les enfants handicapés intellectuels à Montréal. Donc, on collabore ensemble, mais il y a encore deux centres qui traitent l'enfant.

Mme Charest (Rimouski): Sur la question du rayonnement de vos établissements, est-ce que votre clientèle est à, je ne sais pas, moi, 100 % en provenance de Montréal et de la région immédiate de Montréal ou si vous avez quand même une clientèle qui vient de partout ailleurs au Québec?

Mme Boyle (Christine): Mais nous desservons principalement à Montréal et à Laval des anglophones sensoriels, ça veut dire auditifs et visuels, à Laval, avec un point de services dans le centre de réadap à Laval, et un peu des anglophones en Montérégie qui viennent chercher leurs services chez nous. Et on collabore avec les autres centres de réadaptation dans la province s'ils ont besoin de notre aide pour desservir des anglophones. S'il y a un manque de services, on travaille, on collabore ensemble avec tous les autres centres de réadaptation dans la province au besoin.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Parce que je pensais aux anglophones de la Gaspésie, il y en a dans le Bas-Saint-Laurent aussi, alors il y en a en Estrie, enfin il y en a un peu partout. Et, comme vous avez surtout une vocation pour la clientèle anglophone, c'était l'objectif de ma question, voir jusqu'à quel point vous pouviez les rejoindre. Et ce que je comprends, c'est qu'en ayant des ententes, pas des ententes de services, mais en tout cas une bonne relation de travail avec les CRDI des régions, vous réussissez à les rejoindre.

Mme Boyle (Christine): Absolument.

Mme Charest (Rimouski): Dites-moi, vous avez procédé à des résolutions de conseil d'administration de chacun des établissements. Est-ce que ça a été déposé? Est-ce qu'on a pu les voir ou si... Est-ce que c'est fait?

M. Dubois (Yves A.): Ça a été déposé avec la demande, avec le projet de loi.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Et la convention de fusion, elle est là, elle est...

M. Dubois (Yves A.): Elle est déposée aussi.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Ça va.

Le Président (M. Paquin): Ça va? Très bien. Est-ce que le préambule est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Paquin): Adopté. Donc, article 1. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: À l'article 1: «Les personnes morales Centre de réadaptation Mackay et L'Association montréalaise pour les aveugles sont fusionnées en une seule personne morale sous le nom de Centre de réadaptation MAB-Mackay / MAB-Mackay Rehabilitation Centre, le tout conformément aux termes de la convention de fusion intervenue le 26 janvier 2006.»

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Paquin): Article 1 est adopté. Article 2.

M. Copeman: «2. Le siège de la personne morale résultant de la fusion est situé sur le territoire de la ville de Montréal.»

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Paquin): L'article 2 est adopté. Article 3.

M. Copeman: «3. La personne morale résultant de la fusion continue la personnalité juridique et les missions des établissements fusionnés, jouit de tous les droits, acquiert tous les biens et assume toutes les obligations des établissements fusionnés et les procédures où ces derniers sont parties sont continuées, sans reprise d'instance, le tout sans affecter le statut privé de ces établissements ainsi que les reconnaissances, privilèges et désignations dont jouissent ces établissements aux termes des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) et de la Charte de la langue française (L.R.Q., chapitre C-11), lesquels sont maintenus pour la personne morale résultant de la fusion.»

C'est toute une phrase, ça, M. le Président, j'avoue que c'est poétique.

Le Président (M. Paquin): Oui, absolument. Mme la députée de Rimouski?

Mme Charest (Rimouski): Je voudrais juste avoir un éclairage pour ma compréhension. On dit, à la troisième phrase, «et assume toutes les obligations des établissements fusionnés et les procédures — ça, ça va, il n'y a pas de problème — où ces derniers sont parties sont continuées», là, j'ai un peu de difficultés.

M. Couillard: Il faut lire la phrase. «Les procédures où ces derniers sont parties sont continuées», c'est-à-dire que, s'ils sont en cours de procédure actuellement comme partie, chacun séparément, ils n'ont pas besoin d'interrompre les procédures pour les repartir à zéro. C'est ce que ça dit tout simplement. Voilà.

Mme Charest (Rimouski): O.K., «sans reprise d'instance», O.K., c'est beau, adopté.

Le Président (M. Paquin): L'article 3 est adopté. Article 4, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président: «La personne morale résultant de la fusion a pour mission d'exploiter un centre de réadaptation pour les personnes

ayant une déficience auditive, un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice, un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle et un centre d'hébergement et de soins de longue durée conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.»

Mme Charest (Rimouski): Parce que là vous allez héberger des personnes en soins de longue durée, majoritairement des personnes de 65 ans et plus?

M. Copeman: L'Association montréalaise pour les aveugles, MAB, a déjà...

Mme Charest (Rimouski): Un centre d'hébergement.

M. Copeman: ...un permis de centre d'hébergement pour des personnes déficience visuelle, Gilmore... Gilman Residence, intégré au MAB.

Mme Charest (Rimouski): O.K., ça ne change rien. C'est beau, adopté.

Le Président (M. Paquin): Article 4 est adopté. Article 5.

M. Copeman: Les personnes dont le nom figure ci-après seront les administrateurs provisoires de la personne morale résultant de la fusion jusqu'à la clôture de la première réunion de ses membres: Allan Aitken, Fred Braman, Thomas M. Davis, Michael Di Grappa, Ross S. Green, Robert Jeffries, Rajesh Malik, Graham Martin, Patricia O'Connor, Christopher Porteous, Scott Rodie, Valerie Shannon, Stanley Vincelli, Camillo Zacchia.

Le Président (M. Paquin): Article 5 est adopté. Article 6.

M. Copeman: La présente loi remplace la Loi concernant le Centre Mackay (1960-1961, chapitre 153), modifiée par le chapitre 109 des lois de 1989, et la Loi constituant en corporation The Montreal Association for the Blind (1910, chapitre 90), modifiée par le chapitre 119 des lois de 1963-1964.

Mme Charest (Rimouski): Adopté.

Le Président (M. Paquin): L'article 6 est adopté. Article 7.

M. Copeman: La présente loi entre en vigueur le (indiquer ici la date de la sanction de la présente loi).

Le Président (M. Paquin): L'article 7 est adopté? Ça va?

Mme Charest (Rimouski): Ah oui! Non, mais je veux savoir quand ça va être adopté, quand ça va être en application, là.

M. Couillard: Quand ça va être sanctionné.

Mme Charest (Rimouski): C'est à la sanction de la loi?

M. Couillard: C'est ça.

Mme Charest (Rimouski): Ah! Ça va être d'ici Noël.

M. Couillard: Ça devrait.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Adopté.

Le Président (M. Paquin): Donc, l'article 7 est adopté. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: M. le Président, je ne connais pas assez la procédure parlementaire pour savoir à quel moment je dois procéder à un amendement qui touche essentiellement le corpus du projet de loi.

Le Président (M. Paquin): On vous suggère de le faire maintenant, M. le Président.

M. Copeman: Très bien. Alors, j'avais quand même une bonne idée, hein?

Alors, l'amendement sera le suivant: Dans le titre, la première ligne du premier alinéa du préambule, les troisième et quatrième alinéas du préambule et l'article 1 de la version anglaise du projet de loi, remplacer le mot «center» — e-r — par le mot «centre» — r-e — partout où il se trouve dans l'expression «Mackay Rehabilitation Center».

Il s'agit d'une coquille linguiste, M. le Président, dont l'origine, semble-t-il, date de l'influence américaine au Centre Mackay.

Le Président (M. Paquin): Est-ce qu'il y a des discussions sur l'amendement?

Mme Charest (Rimouski): Non.

Le Président (M. Paquin): Il n'y a pas de discussion. Donc, l'amendement est adopté?

Mme Charest (Rimouski): Adopté.

Le Président (M. Paquin): Adopté. Est-ce que le titre du projet de loi, tel qu'amendé, est adopté?

Mme Charest (Rimouski): Adopté.

Le Président (M. Paquin): Est-ce que le texte du projet de loi amendé est adopté?

Mme Charest (Rimouski): Adopté.

Remarques finales

Le Président (M. Paquin): Bon. Formidable! Est-ce qu'il y a des remarques finales, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce?

M. Russell Copeman

M. Copeman: Perhaps, Mr. Chairman, just to say how proud I am to have been able to assist two well-recognized and well-respected institutions in the Greater Montréal area, both located in my own riding, to bring about this voluntary merger, Mr. Chairman, I think it's very important to reinforce that, this voluntary merger of these

two fine establishments to better serve their clients in Montréal and the Greater Montréal area and in some instances right across Québec.

Et vous remercier évidemment, M. le Président, pour votre habileté comme président de cette séance de la commission.

Le Président (M. Paquin): Bienvenue, mon cher, bienvenue. Je comprends qu'il n'y a pas d'autres remarques finales.

Donc, la commission ayant accompli son mandat, je suspends les travaux jusqu'à 15 heures cet après-midi afin d'effectuer un autre mandat.

(Suspension de la séance à 12 h 40)

(Reprise à 15 h 12)

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

Projet de loi n° 33

Nous sommes réunis pour le troisième mandat de la journée, n'est-ce pas, afin de poursuivre l'étude détaillée du projet de loi n° 33, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

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

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

Le Président (M. Copeman): Très bien. Je suis persuadé que les téléphones cellulaires ont déjà été mis hors tension. Avant de commencer, chers collègues, j'ai négligé ce matin, à la fin de notre séance sur le projet de loi privé n° 215, de remercier les autorités du ministère qui, pour chaque bill privé, procèdent à l'analyse des bills privés. Alors, je tenais à corriger ce lapsus et remercier les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'excellent travail accompli et au sujet du bill privé n° 213 et celui de n° 215, avec lequel je suis plus familier. Alors, M. le ministre, je vous prie peut-être de présenter ces remerciements aux autorités compétentes du ministère à votre guise.

M. Couillard: Certainement.

Étude détaillée

Loi sur les services de santé et les services sociaux

Prestation des services de santé et des services sociaux

Les établissements (suite)

Le Président (M. Copeman): Lorsque nous nous sommes laissés, nous étions à l'article 7, c'est-à-dire

l'amendement, n'est-ce pas, l'amendement à l'article 7 du projet de loi. Nous avons débuté un tout petit peu la conversation, si ma mémoire est bonne. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, il reste 17 min 30 s, Mme la députée de Rimouski, 9 min 30 s, puis Mme la députée de Champlain, 18 min 30 s. Alors, je ne sais pas si, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, vous voulez peut-être intervenir.

Mme Harel: Tout à fait, oui. Alors, nous en sommes donc à l'étude de l'amendement, je pense, hein...

Le Président (M. Copeman): Exact.

Mme Harel: ...qui a été introduit, qui consiste, si ma mémoire est bonne, en deux alinéas, n'est-ce pas? Ah non! Attendez. Non, ce n'est pas le cas.

M. Couillard: En fait, l'amendement introduit un nouvel article qui est reformulé.

Mme Harel: Ah oui! En fait, l'amendement introduit un nouvel article qui remplace...

M. Couillard: Le nouvel article, c'est-à-dire, c'est un nouveau nouvel article.

Mme Harel: C'est ça. Oui. La question en fait, je pense, que je posais au moment où nous avons interrompu nos travaux était la suivante: Ce n'est que lorsque la personne est inscrite sur la liste qu'on lui donne une date, et cette date pour sa chirurgie, par exemple, ou pour... Est-ce que ça pourrait être une date pour un examen diagnostique également?

M. Couillard: Éventuellement, oui, mais, dans un premier temps, souvenez-vous que nous avons dit que nous avions débuté la mise en place de ce mécanisme-là pour les trois chirurgies ciblées de façon à le mettre en place correctement. Puis, après, le mécanisme pourrait être étendu à d'autres procédures le plus rapidement possible. J'ai également indiqué à plusieurs reprises que, pour l'étendre au niveau des épreuves diagnostiques telles que l'imagerie, ça prenait nécessairement une entente assez ferme avec le corps médical quant à la pertinence des examens demandés. Il y a des précédents. On l'a obtenu, par exemple, dans le plan de déploiement des TEPscans. On a obtenu avec les médecins nucléistes un engagement assez fort pour maintenir la pertinence des demandes. Il faudrait nécessairement obtenir la même chose pour instaurer un mécanisme semblable pour l'imagerie, mais, au cours de rencontres que j'ai eues avec des représentants des radiologues, pas récemment, mais il y a quelques temps, il a été question de cet élément-là. Ils offraient leur collaboration à la mise en place de ce partenariat-là sur la pertinence des examens.

Mme Harel: Ce que vous appelez mécanisme étendu à d'autres procédures, ce serait donc le même mécanisme central de gestion?

M. Couillard: D'ailleurs, vous le voyez dans l'article. C'est commun à l'ensemble des services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques du centre.

Donc, c'est autant le département de chirurgie que le département d'imagerie, par exemple, ou d'autres départements comme médecine où il y a des endoscopies, par exemple, en gastroentérologie. Alors, c'est un mécanisme qui vise à pouvoir s'étendre à l'ensemble des activités d'un centre hospitalier.

Mme Harel: Mais est-ce que je comprends que le mécanisme en place, c'est un mécanisme qui virtuellement pourrait être utilisé pour d'autres procédures?

M. Couillard: Tel qu'il est décrit ici, il peut être utilisé pour n'importe quel, on le dit, n'importe quel service spécialisé et surspécialisé des départements du centre. Alors, c'est très, très vaste. Ça inclut l'imagerie, ça inclut les endoscopies, ça inclut les chirurgies, tout ce genre de situations là. Cependant, dans un premier temps, on veut le débiter avec les trois procédures ciblées de façon à ce qu'il fonctionne correctement plutôt que d'aller trop rapidement et de bousculer les étapes.

Mme Harel: Quand vous dites: Dans un premier temps, on veut cibler sur les trois procédures, c'est par directive, là. Ce n'est pas...

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire qu'il y aura une mise en vigueur de l'article parce qu'on verra les derniers articles de mise en vigueur, on déterminera de quelle façon on indique aux établissements le moment où tout c'est introduit. Tel que c'est dans le projet de loi actuellement, on demande que, deux ans après l'adoption de la loi, l'ensemble du mécanisme soit mis en place. On verra, là, à quelle vitesse il faut procéder ou progresser vers cet objectif-là. Mais il ne faut pas non plus l'éterniser, c'est-à-dire que, si le processus devient non fixé dans le temps, bien finalement on arrête au milieu ou au début, puis on ne le complète jamais. Je pense qu'une fois qu'on aura introduit cette culture nouvelle là dans l'établissement avec les trois premières procédures normalement ça devrait se faire assez bien pour l'étendre au reste. Il est sûr cependant que les équipes en place vont être capables de prendre en charge les trois premières chirurgies. À partir du moment où on leur demande de faire ça pour l'ensemble des tests d'imagerie, par exemple, ou des procédures, il va peut-être falloir renforcer ces équipes-là au niveau du mécanisme de gestion, et ça, ça doit se faire conjointement avec les établissements. Il faut également déployer des outils d'information, ça, c'est l'autre chose qui est importante, les outils d'information, je veux dire les outils de technologies de l'information pour assurer le suivi de ces choses-là de façon fiable.

Mme Harel: À ce moment-là, à quel article va-t-on retrouver le deux ans dont vous parlez?

M. Couillard: 48.1. C'est un amendement qui est introduit. D'ailleurs, c'est dans le bloc actuel. C'est le dernier article du bloc actuel qu'on va étudier.

● (15 h 20) ●

Mme Harel: Dans le document de consultation *Garantir l'accès*, vous mentionnez aux pages 46 et 47... En fait, ça débute à 45. Ça s'intitule *Les services hospitaliers visés par la garantie d'accès*. Alors, ce que vous

mentionniez, c'était ceci: «La garantie d'accès — bon — pourrait s'étendre à d'autres types de services hospitaliers.» Vous mentionniez, là, les chirurgies électives, hanche, genou, cataracte, de même que les chirurgies liées au cancer. Avez-vous l'intention également d'introduire les chirurgies liées au cancer?

M. Couillard: Bien, les chirurgies au cancer, les choses sont déjà... le travail est déjà en train de se faire parce qu'il s'agit de situations... Souvenez-vous l'économie générale de ce document-là où on disait que, pour les procédures dans lesquelles la vie des gens était en danger, soit le cancer et les problèmes cardiaques, les mécanismes étaient déjà là et allaient être continuellement renforcés. Il n'y avait pas besoin d'en introduire de nouveaux. Essentiellement, en radio-oncologie puis en chirurgie cardiaque, c'est comme ça déjà que les gens procèdent.

Maintenant, pour la chirurgie au cancer, les équipes de la direction du cancer sont en train de recenser, d'une part, les réalités dans les différents établissements puis, d'autre part, déterminer les délais, parce que chaque... Ce n'est pas le cancer, c'est à peu près 400 cancers différents. Donc, il faut trouver, s'entendre sur les délais, par exemple, de chirurgie pour chacun d'entre eux, en commençant par les plus fréquents bien sûr, et c'est ce que les équipes de direction du cancer sont en train de faire. Donc, on veut déployer rapidement et, je dirais, en parallèle de ce mécanisme-là qui touche surtout les activités électives, pour le cancer, tout de suite des indicateurs très stricts de délais requis.

Mme Harel: Là, je vous ai fait part des constatations faites à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à l'égard des interventions auprès de patients qui requéraient un traitement palliatif.

M. Couillard: ...radio-oncologie...

Mme Harel: Oui, oui.

M. Couillard: ...par exemple soulager la douleur des gens qui ont des métastases, par exemple. Bien, votre intervention a attiré mon attention. On va certainement souligner à la direction du cancer de s'enquérir de cette situation-là. Les chiffres qu'on a regroupent toutes les sortes de cancer. C'est évident qu'on a là-dedans des délais de quatre semaines puis c'est évident qu'à l'intérieur de ces délais de quatre semaines il y a des situations dans lesquelles le délai doit être beaucoup plus court, ils ne sont pas si nombreux que ça heureusement, par exemple des cas de compression de la moelle épinière ou de métastases osseuses où il faut procéder très rapidement.

À ma connaissance, dans la grande majorité des cas, ça se fait dans les délais corrects parce qu'il s'agit de communication directe de médecin à médecin. Mais, étant donné la situation que vous avez... Là, vous identifiez l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ce qui n'était pas le cas...

Mme Harel: Mais il y en a d'autres, hôpitaux, aussi.

M. Couillard: ...mais on va faire le tour de cette question-là, s'assurer...

Mme Harel: Oui. Il y avait Notre-Dame, je pense, aussi.

M. Couillard: ...s'assurer qu'on a bien un monitoring également de ce type de consultation là. Maintenant qu'on a atteint un bon niveau avec les cas de radiothérapie... j'allais dire courants, mais il n'y a rien de courant à un cas de radiothérapie... ou, disons, les cas généraux de radiothérapie, on pourra certainement s'intéresser à cette problématique-là.

Mme Harel: Je pense me rappeler qu'il semblait que, dans ces cas qui sont très, très douloureux, les interventions devaient se faire dans les trois jours ou dans les 10 jours, dépendamment, là.

M. Couillard: Il y a toutes sortes de situations différentes. Je peux vous dire que même parfois c'est plus court que ça. Lorsqu'il y a des compressions de la moelle épinière, par exemple, puis qu'on risque le trouble neurologique, c'est même plus court que ça.

Par contre, dans les cas de douleur, bien ça va beaucoup varier de l'intensité de la douleur. Je ne pense pas même qu'on puisse développer des normes fixes là-dessus parce qu'il n'y a pas un cas qui est pareil à un autre. Et je pense qu'il faut que ce soit une entente entre les deux médecins, le médecin qui fait la consultation et celui qui reçoit le malade, quant au délai le plus rapide possible qu'il faut avoir.

Mme Harel: Alors donc, vous n'avez pas l'intention, là, d'ajouter les chirurgies liées au cancer.

M. Couillard: On va probablement les mettre également d'emblée. Mais ce que je veux vous dire, c'est que, pour nous, c'est un travail de grande priorité qui se fait déjà actuellement, et on n'attendra pas d'avoir terminé hanche, genou, cataracte pour faire ça pour la chirurgie du cancer. On va le faire également pour la chirurgie du cancer, mais à mesure des consensus qu'on va développer avec les spécialités. Nos équipes... Parce que le mécanisme de toute façon va être identique à ça, le mécanisme va être celui-ci, et on pourra certainement, dans notre mise en vigueur, inclure les chirurgies au cancer pour lesquelles on est prêts à développer des standards. Et ce que le Dr Loutfi, notre directeur national, nous disait, c'est qu'il fait ce travail-là actuellement en commençant par les cancers les plus fréquents. Alors, on les connaît, c'est le cancer du poumon, cancer du sein, de la prostate et gastro-intestinal. Déjà, avec ces quatre groupes-là, on regroupe une grande majorité des cas de cancer dans notre population, et par la suite on pourra dégager des standards pour les cas les moins fréquents.

Mme Harel: Bon. Une fois l'inscription faite à la... en fait à l'initiative du médecin spécialiste, hein? Vous nous avez bien dit hier que c'est le médecin spécialiste qui remet finalement au responsable les interventions qu'il veut faire auprès des patients, et c'est la personne responsable qui porte le nom de...

M. Couillard: Gestionnaire du... Responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services.

C'est un peu long, là, je suis certain qu'on trouvera des noms plus courts dans les établissements.

Mme Harel: Alors, c'est ce gestionnaire qui donne une date au patient. Bon. Ça, ça suppose la collaboration des médecins spécialistes.

M. Couillard: Ce qu'ils font déjà, il faut d'abord qu'ils aient priorisé le type de situation dans laquelle ils sont. S'ils sont dans des cas d'extrême urgence, on le sait, de toute façon c'est déjà pris en charge. Alors là, il y a trois autres catégories qui apparaissent déjà sur la plupart des feuilles d'admission: urgent, semi-urgent, électif. Alors, il faut que, dans les établissements, on s'entende avec les médecins également pour ce que ça veut dire en termes de délais, urgent, semi-urgent, électif. C'est possible, ça a été fait. Ça a été fait ailleurs dans le monde. Il n'y a pas de raison qu'au Québec on ne puisse pas le faire lorsqu'un jour le climat deviendra pacifique à nouveau entre les divers intervenants.

Et, en passant, dans les établissements, le climat est bon, là. C'est certain qu'au niveau du ministère et de la fédération c'est tendu ces temps-ci, mais, sur le terrain, les gens travaillent ensemble. Et ils ont besoin de travailler les uns avec les autres.

Alors, si on sait d'avance que, lorsqu'on inscrit «semi-urgent», ça veut dire que c'est entre tel délai et tel délai que la date doit être fixée, bien on le sait. Si c'est électif, bien c'est un autre type de délai. L'acte du médecin, c'est d'abord d'identifier s'il y a ou non nécessité du traitement. Et, comme je l'expliquais l'autre jour, et ça peut être surprenant pour des gens qui nous écoutent, mais ce n'est pas nécessairement parce que quelqu'un est vu en consultation par un médecin spécialiste qu'il y a nécessairement indication de chirurgie et qu'une fois que cette indication est proposée il faut qu'elle soit acceptée par le patient: un consentement éclairé, et il faut que le médecin ait fait l'acte de prioriser cette personne en urgent, semi-urgent ou électif.

Il y a même en Saskatchewan, où ça a été fait à petite échelle justement pour les interventions orthopédiques, où ils avaient même ajouté un système d'audit — en français, je ne sais pas comment le dire, «audit», je ne sais pas si c'est devenu un terme accepté — où les médecins eux-mêmes, entre eux, validaient les classifications de façon à ce que le processus soit bien mené. Alors, on pourra vérifier si éventuellement ça vaut la peine de faire ça.

Mme Harel: Mais, là, il n'y a pas de délai.

M. Couillard: Il y a toujours un délai. C'est-à-dire qu'à partir du moment où on dit: Urgent, semi-urgent ou électif il faut que ça veuille dire un intervalle de délai requis.

Mme Harel: Ce qui signifie?

M. Couillard: Bien, ça va dépendre. Essentiellement, c'est le jugement, c'est le jugement du médecin qui va le dire. Mais il faut qu'il y ait des intervalles qui soient prédéterminés entre l'établissement et le médecin. Et ça, ça se fait surtout localement, là. Il ne faut pas non plus être trop directif à ce niveau-là.

Mme Harel: Est-ce que ça peut dépasser le délai de six mois?

M. Couillard: Non, parce que, ce qu'on va dire au début, les trois chirurgies dans lesquelles on va le commencer sont toutes assorties à des délais de six mois. Et, lorsqu'on va l'étendre à un autre groupe plus grand de chirurgies, là on verra d'après les situations. Je pense que la vaste majorité, ça peut être six mois certainement, mais il peut arriver des cas où, par consensus, on dit que, écoutez, ce cas-là peut attendre même plus longtemps dans certains cas. Et ça, c'est au médecin de le déterminer.

Mme Harel: Donc, il y a des délais d'attente cliniquement reconnus.

M. Couillard: Il y en a qui sont de deux types. Il y en a qui sont scientifiquement reconnus et médicalement reconnus comme il existe pour les trois premières chirurgies qu'on fait. Et il y a ce qu'on appelle également une vaste gamme de délais raisonnables où il n'y a pas d'évidence scientifique que ça change quelque chose sur le plan du devenir de la santé de la personne d'être opérée plus ou moins le mois après la chirurgie. Mais, pour des raisons d'acceptabilité sociale et, je dirais, de norme à laquelle tout le monde peut adhérer, si on regarde ce qui s'est fait ailleurs dans le monde, il y a plusieurs pays qui tombent autour de cette limite de six mois de façon consensuelle, sans avoir d'abord fait de consensus entre eux, mais ils arrivent tous à ce genre de conclusion là.

Parce que l'alternative, encore une fois, c'est d'attendre qu'on ait développé des délais médicalement reconnus pour l'ensemble des situations, et je peux vous dire qu'il y en a au minimum pour une génération avant qu'on... si on décidait de s'embarquer dans cette direction-là. Alors, je pense qu'il vaut mieux recenser rapidement les zones dans lesquelles il existe des consensus scientifiques. Je pense que, pour le cancer, c'est relativement aisé de le faire et également pour ces procédures où on a trouvé des normes. Mais il y a une vaste gamme de procédures pour lesquelles il n'existe pas de normes scientifiquement connues. Par exemple, se faire enlever la vésicule... des pierres au foie, comme on dit, on ne trouvera pas d'articles scientifiques, sauf dans certaines circonstances où il est déterminé qu'il ne faut pas attendre plus que telle période. À ce moment-là, ça devient un délai de consensus ou un délai raisonnable sur lequel on s'entend. D'ailleurs, c'est exactement ce que le gouvernement britannique a fait, là, pour les..

Mme Harel: Dans le document, là, *Garantir l'accès*, on retrouve des délais quantifiés, ce que vous n'avez pas voulu mettre dans la loi.

M. Couillard: On ne le met jamais dans la loi. On va le mettre dans les directives qui accompagnent le processus de gestion. Il va y avoir, comme c'est le cas actuellement... Si vous regardez sur le site Internet du ministère, les endroits où ça a été déterminé sont indiqués: hanche, genou, cataracte, cancer, etc. Et ça a été fait par consensus avec la communauté médicale.

Si on décide qu'on est prêt à étendre un jour... que le gouvernement à l'époque est prêt à étendre le

processus pour l'entièreté des procédures, bien il va falloir que nécessairement, à chaque fois qu'il étend le processus, il faut déterminer les délais et il faut spécifier s'il s'agit de délais raisonnables ou de délais médicalement reconnus. Et ensuite il faut faire une cible. C'est comme ça que l'ensemble des pays ont fait, la cible voulant dire que c'est tant de pour cent de personnes traitées à l'intérieur de telle période, par exemple 90 % des gens opérés en dedans de six mois. C'est comme ça que ça va apparaître.

● (15 h 30) ●

Mme Harel: Dans le document, là, *Garantir l'accès...* Parce qu'on se pose la question: Est-ce qu'il faut introduire un amendement pour reprendre ce qui était mentionné dans le document *Garantir l'accès?* Dans le document, ce qu'on y voit, c'est un mécanisme d'accès aux services. Alors, zéro jusqu'à 6 mois, responsabilité locale et gestion active. Alors, on y mentionne...

M. Couillard: Je peux tout de suite vous répondre à ça. C'est en train d'être élaboré au ministère, cette façon de faire le processus, et ça va être disponible dans les établissements au moment où la loi sera en vigueur.

Mme Harel: Vous voulez dire le mécanisme.

M. Couillard: ...précis, là, l'étape 1, étape 2, étape 3, etc. Ça se fait. Actuellement, c'est en cours de développement, de sorte que, lorsque le projet de loi entrera en vigueur, ceci sera disponible également dans les établissements, aura été bien intégré dans les établissements également.

Mme Harel: Et ça, vous allez les faire par règlement?

M. Couillard: Par directive administrative. C'est de cette façon qu'on a procédé ailleurs également. Par exemple, de la même façon qu'on a des directives pour les autres situations des centres hospitaliers, notamment les infections nosocomiales, il va exister des directives précises pour la mise en place du système d'accès.

Mme Harel: Le six mois, c'était pour l'ophtalmologie puis l'orthopédie.

M. Couillard: ...on a actuellement comme délai pour des chirurgies, là, à part la chirurgie cardiaque où les délais sont fixés par catégorie. Pour la cataracte, pour la prothèse de hanche et prothèse de genoux, le délai qui a été convenu avec les associations de professionnels et qui est identique d'ailleurs au délai convenu dans le reste du Canada, c'est six mois, à l'exception de la cataracte, j'ai expliqué l'autre jour pourquoi. Dans le reste du Canada, on a dit: Quatre mois pour les gens dont la vue est sévèrement atteinte. Mais ça présente à notre avis des difficultés quant à la décision, par exemple, du niveau à partir duquel on considère la vue sévèrement atteinte, et on a pensé plus simple de déterminer un standard général pour tous les... Parce que, dans le reste du Canada, on ne parle pas des autres, on ne parle pas des gens dont la vue n'est pas sévèrement atteinte. Alors, on a plutôt décidé de faire un standard de six mois pour l'ensemble des cas.

Mme Harel: Alors, c'est toujours dans l'article 7 qu'on retrouve l'obligation pour le gestionnaire «d'offrir à l'usager qui ne pourra obtenir les services qu'il requiert à la date qui lui a été communiquée les mesures de rechange précisées dans le mécanisme. Enfin, il procède, le cas échéant, aux ajustements requis par les directives du ministre prises en application de l'article 431.2.» Qu'est-ce que ça signifie, ça?

M. Couillard: 431.2, ce sont les mécanismes particuliers d'accès. Par exemple, référer avec paiement de l'État la personne à un centre de médecins non participants ou hors Québec même pour obtenir le traitement. Il faut qu'il y ait un... et ça, c'est ce qu'on a vu également dans les expériences internationales sur la question. Il faut qu'il y ait, d'une part, un aiguillon à l'établissement puis, d'autre part, une manifestation très concrète que l'État est prêt à aller jusqu'au bout pour donner le service dans les délais requis, incluant, comme on dit, aller jusqu'au bout, envoyer la personne sur référence bien sûr et pas par autoréférence mais sur référence dans un prestataire à l'extérieur du système d'assurance maladie du Québec, soit sur le même territoire soit sur un autre territoire.

Mme Harel: Ça, c'est finalement exclusivement pour les chirurgies.

M. Couillard: Pour l'instant, c'est pour tous les actes qui deviennent associés...

Une voix: ...

M. Couillard: On va trouver à 48.1 également la description de cet élément de mise en vigueur jusqu'à deux ans, là.

Mme Harel: Parce que le service spécialisé et surspécialisé, qu'est-ce que ça comprend, service?

M. Couillard: C'est justement parce qu'on ne voulait pas limiter la chirurgie. Alors, c'est tous les services médicaux donnés par les médecins spécialistes ou même du niveau de la surspécialité qui sont offerts dans un établissement. Alors, ça inclut non seulement la chirurgie, mais ça peut inclure certainement l'imagerie diagnostique, l'endoscopie, par exemple, d'autres tests d'investigation où il existe un problème particulier d'accès.

M. St-André: Ça peut, mais pas nécessairement.

M. Couillard: Oui, ça indique l'ensemble. Sinon, on aurait pu dire juste chirurgie. Il aurait fallu éventuellement avoir un autre amendement ou un autre texte législatif pour ajouter d'autres procédures que les chirurgies, alors que, là, on donne d'emblée la destination qui est l'ensemble des services spécialisés et surspécialisés.

Mme Harel: Parce que, moi, personnellement je trouve toujours utile de tester, à la lumière, si vous voulez, d'un cas concret, l'application des ambitions ou des objectifs du législateur. C'est comme, si vous voulez, une marque non pas de... — comment dirais-je, donc? — de scepticisme, non, mais c'est, je dirais, plutôt une

attitude qui consiste à nous rappeler qu'une fois adoptée une législation ne vaut que par son application, hein?

Dans *Le Journal de Montréal*, cette semaine, il y avait la lettre d'une jeune femme qui signalait: «Une jeune femme qui en a assez d'attendre».

Elle disait: «J'ai 16 ans, je suis étudiante, et jusqu'en juillet dernier je mordais dans la vie. Je suis subitement tombée malade.» Là, elle explique les difficultés qu'elle rencontre: elle met trois heures à digérer «ce que normalement je devrais digérer en une heure», puis beaucoup, beaucoup de problèmes gastriques et beaucoup, beaucoup, beaucoup de problèmes d'estomac. Alors là: «J'ai consulté mon médecin de famille...» Bien, c'est déjà un bon départ, elle en a un. Il y en a quand même 1,6 million, au Québec, qui n'en ont pas. Donc, ça, ça part bien. «J'ai consulté mon médecin de famille, [...] [je me suis rendue] quatre fois à l'urgence.» Tu sais, on va à l'urgence avant de pouvoir voir son médecin de famille, mais elle l'a vu. «Ne sachant pas trop quoi me dire, ils m'ont fait des prélèvements sanguins — à l'urgence — une échographie et prescrit un médicament qui n'a eu aucun effet.» Donc, on voit, là, qu'il y a eu quatre fois l'urgence, des procédures: échographie, prélèvements sanguins, bon, médication.

«Je suis retournée voir mon médecin de famille — une deuxième fois, bon — qui s'est enfin décidé à me faire voir un spécialiste de l'estomac. Mon rendez-vous avec ce dernier étant fixé très loin dans le temps, je me suis rendue deux [autres] fois à l'urgence...» Donc là, on est à six visites à l'urgence, on est à une échographie, des prélèvements sanguins, des médicaments, deux fois des rendez-vous chez le médecin de famille. «...j'ai perdu connaissance dans la salle d'attente — à l'urgence — [et] le médecin qui m'a vue m'a dit que je n'étais pas un cas urgent puisque je ne vomissais pas encore le sang. Lors de ma visite chez le spécialiste — donc elle a obtenu une visite chez le spécialiste — il a recommandé une gastroscopie. Encore là, un mois d'attente, et pendant ce temps je continue à dépérir et à manquer l'école. Je suis révoltée, est-ce qu'il va falloir que je fasse une dépression pour qu'on s'occupe de moi?» Bon.

Alors, à quel moment intervient le mécanisme que nous étudions présentement?

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

M. Couillard: Oui. D'abord, il y a bien d'autres mécanismes qui doivent intervenir et qui sont en cours d'implantation. D'abord, le fait d'avoir recours à l'urgence fréquemment pour des situations où normalement on ne devrait pas avoir à avoir recours à l'urgence...

Mme Harel: Six fois, six fois.

M. Couillard: Et, en passant, ça ne date pas d'hier, hein?

Mme Harel: Non, non. La question est qu'on est supposé améliorer la situation, là.

M. Couillard: Oui.

Mme Harel: On passe des heures à adopter un projet de loi.

M. Couillard: Au début, ce recours à l'urgence pourra être, et commence déjà à l'être, amélioré par le recours aux cliniques-réseaux. Le but particulier des cliniques-réseaux, c'est ce genre de cas là, de ne pas aller à la salle d'urgence.

Ensuite, pour l'enchaînement entre le médecin omnipraticien et le spécialiste...

Mme Harel: Encore faut-il avoir accès à une clinique-réseau.

M. Couillard: Bien, il y en a 12... 15 maintenant, à Montréal, on me dit.

Mme Harel: Voilà.

M. Couillard: M. Levine dit: 30 d'ici le mois de mars, bientôt à Québec.

Mme Harel: Mais toutes, toutes au nord de la rue Sherbrooke.

M. Couillard: Bien là...

Mme Harel: Bas de la ville de Montréal, aucune.

M. Couillard: Motivez vos médecins ou...

Mme Harel: Si le ministre de la Santé n'est pas capable de le faire, je ne vois pas qui d'autre peut le faire.

M. Couillard: Je suis certain que M. Levine doit avoir des intentions pour l'est de Montréal. D'ailleurs, le CLSC de la Pointe-de-l'Île voulait devenir clinique-réseau. Il n'y avait pas d'objection à ce qu'un CLSC devienne une clinique-réseau.

Mme Harel: Oui, oui. Pointe-de-l'Île, là, c'est très loin, là.

M. Couillard: On est à la pointe de l'île.

Mme Harel: C'est une heure et demie d'autobus pour le bas de la ville.

M. Couillard: S'il existe une autre clinique, espérons que ça pourra être disponible également.

Ensuite, il y a l'articulation entre le médecin omnipraticien et le spécialiste. Et c'est la raison pour laquelle j'ai indiqué à plusieurs reprises que, dans les conversations qu'on a avec les spécialistes, qu'on aura avec eux au sujet de leur rémunération, il faut qu'on en profite pour introduire des mécanismes plus efficaces, plus efficaces, justement pour cette étape-là, par exemple jusqu'à quel point on donne la priorité aux nouvelles consultations par rapport au suivi dans les cliniques externes, alors que parfois les suivis pourraient être faits par les médecins de famille, c'est ce genre de chose là qu'il faut ajuster.

● (15 h 40) ●

Pour répondre finalement à votre question, le mécanisme dont on parle viendrait en place à partir du moment où on aurait inscrit les endoscopies comme y étant soumises. Alors, ça va se faire parce qu'on veut y soumettre l'ensemble des traitements médicaux, et ça va se faire également, normalement, à l'intérieur du délai de deux ans.

Mais, lorsque le mécanisme serait en place, à partir du moment où le médecin gastroentérologue aurait déterminé qu'il y a indication de faire une gastroscopie pour la jeune personne, il aurait indiqué également le degré d'urgence de l'examen, selon lui — urgent, semi-urgent, électif — on lui aurait donné une date et on aurait fait en sorte que cette date se produise. Si par malheur cette date n'avait pas pu être respectée, on lui aurait donné une autre date, et cette fois on se serait assuré de la respecter. Et, en dernière analyse, et ce serait peu probable que ça se produise pour une endoscopie, s'il n'est pas possible de donner le service dans le délai prescrit, bien elle serait référée ailleurs, aux frais de l'État, pour l'obtenir. Voilà donc de façon concrète ce que ça voudrait dire. C'est un gros changement par rapport à la façon dont on procède actuellement.

Mme Harel: Mais finalement je me rends compte, là, en regard de ce cas-là, que ce qu'on étudie présentement n'interviendrait qu'à la toute fin, parce qu'elle n'a pas accès manifestement ni à un GMF ni à une clinique-réseau, elle se retrouverait quand même à l'urgence et elle n'aurait pas accès finalement à un médecin spécialiste plus rapidement.

M. Couillard: C'est pour ça qu'on fait tout le reste, là. On n'arrête pas de travailler sur le reste des événements parce qu'on fait un projet de loi ici, à l'Assemblée. Et puis, si vous regardez l'ensemble des expériences internationales, la seule actuellement tentative qu'il y a, et c'est une tentative parce qu'on ne sait pas si elle va réussir, c'est en Suède avec leur programme avec des chiffres, là, — zéro, sept, 30, etc. — où on incorpore dans la chaîne tous les éléments de la chaîne de soins, mais on ne sait pas encore si ça va fonctionner ou pas. L'ensemble des garanties d'accès qui ont été mises en place se prononcent à partir de l'inscription du patient sur la liste d'attente. Voilà.

Mme Harel: Dans les informations que les établissements vont recueillir, là, puisque le mécanisme prévoit que les renseignements qui vont être recueillis par les établissements qui sont nécessaires à la gestion courante de leur liste d'accès... Vous dites: «Ces derniers doivent de plus, lorsque le ministre le requiert, communiquer, de la manière et dans les délais qu'il indique, ces renseignements au prestataire choisi en application de l'article 520.3.0.1...» Vous avez dit qu'il s'agissait du Secrétariat à la réforme des institutions démocratiques et à l'accès à l'information?

M. Couillard: Non. C'est un article qui est introduit à 520 par je ne sais pas quel article du projet de loi, là... C'est un amendement qui introduit 520.3.0.1. Et ce que j'ai indiqué l'autre jour, c'est que cet amendement a soumis... à l'article 30.1 du projet de loi, qui fait d'ailleurs partie du bloc qu'on est en train d'étudier. Et

cet article a été soumis à l'attention de la Commission d'accès à l'information et du Secrétariat à la réforme des institutions démocratiques et à l'accès à l'information, SRIDAI, ainsi qu'à la Commission d'accès à l'information, qui ont donné leur accord.

Mme Harel: Et qui est ce prestataire?

M. Couillard: Alors, on le décrit. On peut aller, si vous voulez, regarder l'article actuellement. Alors, on dit: «Le ministre peut, par entente, retenir les services d'une agence, d'un organisme ou d'une autre personne aux fins de conserver et de gérer, pour le compte de chacun des établissements visés[...], les renseignements qu'ils recueillent...» C'est de la même façon qu'on a procédé pour la mise en place des banques régionales d'accès dans la loi n° 83 et le cadre régional d'informatisation.

Mme Harel: Le prestataire sera la banque régionale?

M. Couillard: Non. Ça peut être l'agence régionale elle-même, ça peut être un organisme autre ou une autre personne aux fins de conserver et gérer pour le compte de chacun des établissements. C'est la même définition qu'on a donnée pour le cadre d'informatisation du réseau de santé. Parce qu'il faut avoir des moyens de savoir jusqu'à quel point les délais sont respectés ou non et quand est-ce qu'il faut faire entrer en jeu les mécanismes particuliers d'accès.

Mme Harel: Et pourquoi ne pas envisager que l'établissement recueille les informations permettant d'établir le délai entre le moment auquel un médecin omnipraticien réfère un usager à un médecin spécialiste et le moment auquel cet usager est inscrit sur la liste d'accès aux soins spécialisés et surspécialisés?

M. Couillard: Je dirais qu'éventuellement ça pourrait être fait, mais je déconseillerais de le faire actuellement. C'est tellement énorme, ce qu'on va leur faire faire avec ça, là, si on passe cette commande-là en plus, je peux vous dire que ça ne marchera pas. Il y a trop de complexité là-dedans, les provenances des consultations sont trop nombreuses, sont trop diverses. On va leur donner énormément de problèmes de mise en place et on va diluer l'effort, alors que, là, on veut qu'il soit vraiment concentré sur la prise en charge de l'acte spécialisé dans l'établissement. Ça ne veut pas dire qu'on ne fait pas des efforts pour le reste de la chaîne. Et, comme je le disais aux médecins omnipraticiens, aux médecins de famille du Canada l'autre jour, dans une allocution, il faut viser éventuellement à mesurer tous ces délais auxquels vous faites allusion, mais pas au stade actuel. Si on le fait maintenant, ce serait certainement une belle et noble intention, mais, comme vous le disiez vous-même, en pratique ça ne fonctionnera pas dans l'état actuel des choses.

Mme Harel: Mais, vous-même, vous dites que vous introduisez, à l'article 7, un dispositif, là, qui ne pourra pas être mis en vigueur dans sa totalité en partant. Hein? Vous l'espérez d'ici deux ans, mais vous allez indiquer, par un amendement, si j'ai bien compris,

là, des délais différents pour ce que vous souhaitez être fait maintenant. Est-ce que je me trompe?

M. Couillard: Oui. Mais la situation également doit être mise en relation avec deux autres phénomènes. C'est que d'abord pourquoi c'est si difficile, l'organisation? Vous l'avez dit vous-même il y a quelques minutes, il y a des Québécois qui n'ont pas de médecin de famille. Alors, qu'est-ce qu'on fait dans ces cas-là? Il y a des gens également qui consultent directement le spécialiste. Ça arrive, et on n'empêche pas les gens, par rapport à d'autres systèmes de santé, de consulter directement le spécialiste. Alors, vous voyez tout de suite toutes les sous-catégories et les situations qu'il faut prévoir. Ça n'apparaît pas possible actuellement de le faire. Je ne dis pas que ce n'est pas bien de le faire éventuellement, mais il ne faut pas diluer l'effort énorme qu'on demande actuellement aux établissements avec ça.

Je peux vous dire que, dans les établissements, ils voient ça avec beaucoup d'intérêt et beaucoup, je dirais, d'enthousiasme de mettre ça sur pied, mais également avec une certaine inquiétude quant à la somme de travail déployée juste déjà pour ces trois chirurgies-là.

Mme Harel: Vous allez certainement vous souvenir de ce que disait la FMOQ devant la commission parlementaire, là, dans le mémoire qu'ils présentaient, sur le mécanisme de gestion des délais d'accès. D'abord, ils disaient: «...les modalités prévues dans le projet de loi n° 33 n'apportent malheureusement pas la garantie promise dans le document de consultation *Garantir l'accès*[...]. L'un des deux grands volets de la proposition gouvernementale alors mise de l'avant visait à instaurer "un mécanisme pour garantir l'accès aux services centré sur le patient en lui assurant des services dans des délais préétablis, et ce, pour l'ensemble de son épisode de soins".» C'est à la page 45 de *Garantir l'accès*.

Donc, dans le document gouvernemental, à la page 45...

M. Couillard: ...gouvernemental *Garantir l'accès* qu'on voulait d'emblée introduire une garantie pour l'ensemble de la chaîne de soins. On l'a devant nous, là, la... il s'agit de services hospitaliers visés par la garantie d'accès aux services. Alors, ça a toujours été clair que c'est de ça qu'il s'agissait.

Cependant, on a concouru avec la FMOQ... lorsqu'on a dit, puis qu'on le répète à plusieurs reprises, qu'on sait qu'un des problèmes importants d'accès au Québec, c'est l'accès au médecin de famille, et le lien entre le médecin de famille et les spécialistes, c'est pour ça qu'on continue à travailler sur les autres éléments. Mais le mécanisme proposé ici vise l'ensemble de l'épisode de soins, mais pour les soins hospitaliers et les services hospitaliers, 5.7.1, *Les services hospitaliers visés par la garantie d'accès aux services*. Je l'avais expliqué, d'ailleurs, à l'époque, en commission à la FMOQ.

Mme Harel: Vous dites aussi, à 5.7... à 5.7, alors vous dites: «Pour améliorer la situation actuelle, en s'inspirant des expériences étrangères, le gouvernement doit faire des choix. Il entend orienter les actions du réseau de la santé et des services sociaux vers l'introduction

d'un mécanisme pour garantir l'accès aux services dans le système public, pour les services hospitaliers...»

M. Couillard: Il a toujours été clair que c'était pour les services hospitaliers. Mais on l'a expliqué à la FMOQ, quand ils sont venus nous voir, puis d'autres organisations, que ça ne veut pas dire qu'on ne fait pas d'efforts pour améliorer l'accès au médecin de famille, là. Ils sont continués, ces efforts-là. Et je pense qu'éventuellement on pourra élargir le mécanisme même en y incluant la médecine de première ligne et le lien entre la médecine de première ligne et les spécialistes. Le document a toujours été très clair et très précis quant au fait qu'on visait les services hospitaliers, et non seulement les services hospitaliers, mais limiter d'ailleurs d'abord à trois chirurgies électives, par la suite pourrait être étendu à d'autres.

Mme Harel: Parce que vous dites, un peu plus loin — regardez, toujours à 5.7: «La proposition gouvernementale est basée sur deux grands volets, soit: un mécanisme pour garantir l'accès aux services centré sur le patient en lui assurant des services dans des délais préétablis, et ce, pour l'ensemble de son épisode de soins.»

M. Couillard: Un épisode de soins, c'est un épisode de soins, c'est le service hospitalier.

Mme Harel: Vous dites: «...garantir l'accès aux services dans des délais préétablis.» Là, le projet de loi, à l'article 7...

M. Couillard: Là, on ne dit pas qu'on n'avait pas dit que...

Mme Harel: Dans les autres articles, il ne fait pas de délais préétablis.

M. Couillard: Ce ne sera pas dans le projet de loi. On n'a pas dit dans le document que ce serait dans le texte législatif, on a dit qu'on mettrait en place un mécanisme qui serait à la fois législatif à la fois réglementaire et par directives pour déterminer ces délais-là. Et on a discuté tantôt de la façon dont ça se serait fait, dont c'est déjà fait d'ailleurs pour les trois chirurgies qu'on veut viser initialement.

Mme Harel: En fait, ce qui est surprenant, c'est qu'à peu près tous les mémoires d'à peu près tous les organismes qui étaient venus une première fois, à l'automne, sur le document de consultation et qui sont revenus une deuxième fois sur le projet de loi ont déploré que le projet de loi n'était pas conséquent par rapport à ce qui semblait être les engagements du gouvernement dans le document de consultation.

M. Couillard: Bien, avec ça on n'a jamais été d'accord, parce que, si on fait une lecture correcte et approfondie du document, on constate au contraire qu'on est directement en ligne avec ce qui était proposé.

● (15 h 50) ●

Mme Harel: C'est un peu comme la négociation, là, il y a juste vous qui avez le pas, parce que

tous les autres, de la FMSQ, à la FMOQ, à la FMRQ, à tout ce que vous voulez, ils ont tous déploré que finalement c'était différent du document de consultation.

M. Couillard: Mme la députée a fait assez de consultations, ici, pour savoir que les groupes qui viennent en consultation parlementaire sur un document cherchent tous à y trouver ce qu'ils souhaitent, hein, c'est un peu la nature des choses. Mais, si on lit le document qui est devant nous, c'est très clair que ce qu'on offre actuellement, c'est en droite ligne avec ce qui est écrit dans le document. Maintenant, on peut souhaiter y voir autre chose ou on peut souhaiter y retrouver d'autres éléments qui n'y sont pas, ça, c'est une autre question, une question de débat politique, mais le document a toujours été très précis en ce qu'il visait, dans un premier temps et dans un deuxième temps, les services hospitaliers.

Puis d'ailleurs plus que ça, comme on me le rappelle, lorsque ces groupes sont venus avec nous, on était d'accord avec eux que le projet de loi actuel ne changerait pas grand-chose à l'accès au médecin de famille et au lien entre le médecin de famille et les spécialistes. C'est d'autres mécanismes qui vont faire ça. Et là-dessus on n'a pas eu de difficulté à se mettre d'accord avec eux.

Mme Harel: Toujours dans leur mémoire, la FMOQ disait ceci: «On a récemment rapporté à la FMOQ qu'un établissement était allé aussi loin que d'exiger des patients que leurs médecins omnipraticiens référant détiennent des privilèges dans leur établissement pour accéder aux services d'investigation prescrits.»

M. Couillard: Ça, il faudrait voir de quel cas ils parlent, finalement. C'est certain que les médecins qui ont des privilèges, les médecins de famille... Parce qu'il y a beaucoup d'hôpitaux au Québec, comme vous le savez, ce n'est pas le cas des hôpitaux de Montréal, mais il y a beaucoup d'hôpitaux au Québec où c'est les médecins omnipraticiens, de famille qui font le travail, là. Et ces gens-là qui ont des privilèges, c'est sûr qu'ils vont souvent avoir accès au plateau technique de l'hôpital, mais ça n'empêche pas les autres, les autres groupes également de médecins à y avoir accès. Et, même si tous les groupes qui sont venus en commission ont été déçus de voir que tous leurs souhaits n'étaient pas remplis, ce qui est rarement le cas d'une politique gouvernementale, ce qu'on retient, c'est que, même si beaucoup de groupes avaient des points de désaccord sur ce qu'on proposait, ce point-là du mécanisme de gestion de l'accès était en général l'objet d'un consensus assez fort. Je pense que là-dessus, s'il y a quelque chose qu'on peut dire, c'est qu'il n'y a pas eu d'opposition sur cet élément-là de la proposition.

Il y en a eu bien sûr sur d'autres modifications comme les cliniques associées, comme les centres médicaux spécialisés, comme la question de l'assurance, mais ce que je retiens des groupes qui s'opposaient à la proposition, c'est qu'ils nous disaient: À la limite, bien, si vous n'aviez fait qu'introduire le mécanisme de gestion, on aurait été très contents. Et on l'a entendu très bien, notamment des groupes syndicaux et autres qui sont venus commenter le document.

Mme Harel: Là, finalement, ce n'est pas une garantie de soins, c'est une garantie de...

M. Couillard: C'est un élément...

Mme Harel: C'est une gestion de listes d'attente.

M. Couillard: Oui. Mais c'est un élément à la gestion des listes d'attente correcte, c'est un élément indispensable pour arriver à un état de fait dans lequel les frais sont garantis à l'intérieur de délais. Maintenant, les...

Mme Harel: La garantie, c'est à l'extérieur du délai médicalement raisonnable. Parce que la garantie, c'est: quand vous avez dépassé le délai, on s'occupe de vous, mais ce n'est pas une garantie à l'intérieur de délai médicalement acceptable. C'est une garantie, une fois que le délai acceptable est passé...

M. Couillard: Bien, je ne suis pas tout à fait d'accord. Si vous regardez justement le mécanisme qui est prévu, là, dès le début, on donne une date à la personne. Donc, je dirais, la prise en charge active de la personne, ce qui ne se fait pas actuellement, commence dès son inscription à la liste.

Un autre élément également sur lequel on a progressé grâce à la commission parlementaire: beaucoup de gens nous ont reproché de dire que, dans le mécanisme qui était d'ailleurs dans le document, on se donnait une période supplémentaire de trois mois, souvenez-vous, pour mettre en place les mécanismes supplémentaires, alors que maintenant, dans les directives qui vont être envoyées aux établissements, on vise d'indiquer que tout doit être fait dans les six mois. Donc, on a un peu abandonné cette période de grâce de trois mois qu'on demandait lors de la période de consultation parce que c'est un autre élément qui nous a été reproché à plusieurs reprises, c'est-à-dire qu'en fait vous dites six mois, mais en pratique c'est neuf mois parce que vous avez ajouté trois mois. À bien y penser, c'est un reproche qui était justifié, alors on a dit: Bien, O.K., on va resserrer le mécanisme pour s'assurer que ce soit six mois. Mais, si on veut que ce soit six mois, il faut que la liste d'attente soit gérée et il faut qu'on dispose d'informations nécessaires en tout temps pour déterminer s'il y a des mécanismes particuliers d'accès qui doivent être mis en place.

Mme Harel: Alors, puisque vous voulez le faire et que vous allez le faire, si vous voulez le faire, pourquoi ne pas envisager un amendement qui dirait: ce mécanisme doit prévoir que l'utilisateur aura accès aux services spécialisés et surspécialisés dans le centre hospitalier à l'intérieur d'un délai de 180 jours à compter de son inscription sur la liste d'accès.

M. Couillard: Non, je ne pense pas. Je pense que jamais un État ferait ça puis je suis certain qu'éventuellement, même du côté de l'opposition, si on se trouvait au gouvernement, je ne pense pas qu'on le ferait, pour la raison suivante. C'est que, lorsqu'on gère des listes d'attente sur des grandes quantités de personnes, on procède par cibles. Comme je l'ai dit tantôt,

on veut qu'au moins 90 % des gens soient traités dans les délais requis et on ne veut pas non plus créer des situations — parce qu'il arrive toujours des situations où les gens passent au travers des mailles du filet, là — où on va se retrouver avec trois, quatre poursuites judiciaires par mois, là, parce que les délais ont dépassé de quelques jours ce qui était recommandé. Et, dans l'ensemble des pays, c'est comme ça que ça a été fait, et je ne pense pas que ce serait sage pour un gouvernement de légiférer sur cet élément spécifique.

Mme Harel: Écoutez, vous disiez: Aucun État, là, mais je lis les cahiers de droit... de quelle date? Ce sont les cahiers de droits de septembre, septembre 2006, et on dit ceci: «En Suède, la garantie nationale de traitement, telle qu'elle est décrite dans le livre blanc, fixe un délai maximal de 90 jours pour obtenir une consultation auprès d'un médecin spécialiste et un délai supplémentaire de 90 jours pour recevoir le traitement approprié.»

M. Couillard: Mais ce n'est pas législatif, c'est tout fait par directives, ces choses-là.

Mme Harel: Ça, c'est dans le document de l'OCDE. Elle a été introduite dans sa première version en 1991, remplacée en 1994 par un gouvernement social-démocrate de coalition...

M. Couillard: Vous voyez, ça a pris 10 ans, puis ils n'ont pas réussi encore à la mettre en place. J'espère qu'au Québec on va faire mieux. Je suis convaincu qu'au Québec on va faire mieux. Mais ce n'est pas par voie législative que ça a été introduit.

Mme Harel: Vous dites: C'est dans une politique de mise en oeuvre, ce ne serait pas dans une législation?

M. Couillard: C'est ça, ce n'est pas dans une législation. D'ailleurs, il y a même un exemple a contrario, puis mes collègues du ministère pourront me corriger: au début des années quatre-vingt-dix, la Grande-Bretagne a essayé de l'introduire par voie législative, ça a été un échec monumental. Ils ont retiré ça du texte législatif et l'ont refait par voie administrative et... Maintenant, on m'indique, et on va le voir tantôt lorsqu'on va voir l'article 16 du projet de loi, qui introduit l'article 431.2, on va voir que c'est assez contraignant quand même, parce qu'on indique ici: «Lorsque le ministre estime, compte tenu des standards d'accès généralement reconnus, que le temps d'attente pour obtenir un service médical spécialisé dans l'ensemble du Québec ou dans l'une de ses régions est déraisonnable ou sur le point de le devenir, il peut, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement, prendre toute mesure nécessaire...» Alors, on est quand même assez directif là-dessus, là.

Mme Harel: Oui, mais vous allez convenir que c'est une situation exceptionnelle et que ce n'est pas des cas individuels, hein? Il faudrait que ce soit sur un grand nombre.

M. Couillard: Mais les cas individuels également sont pris en charge.

Mme Harel: C'est dans l'ensemble du Québec, là, ou dans l'une de ses régions. Tu sais, on ne parle pas, là, d'individus qui attendent sur des listes. Or, si vous voulez une situation d'ensemble...

M. Couillard: Non, parce que, regardez, dans le même article, on parle d'un usager même: «Le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès [...] doit aviser le DSP dès qu'il estime, après avoir consulté le chef du département clinique [...], qu'un usager ne pourra obtenir de l'établissement un service médical spécialisé à l'intérieur du délai jugé raisonnable par le ministre. Le DSP propose alors et sans retard à l'usager une offre alternative de services qui tient compte [...] — etc. — afin que l'usager puisse, s'il le désire, obtenir le service médical spécialisé qu'il requiert à l'intérieur du délai jugé raisonnable...»

Donc, on a non seulement des appréciations et des actions sur l'ensemble — vous avez raison, il faut le faire — mais également au niveau individuel. D'ailleurs, moi, je dirais que la condition préalable à la réussite de ce mécanisme-là, c'est qu'on ait une approche individualisée, c'est que la personne perde son anonymat sur la liste d'attente. Et je crois que c'est... On verra, l'avenir nous dira si c'est ce qu'on a créé, s'il y aura lieu dans l'avenir de l'ajuster et de le renforcer. Déjà, c'est très détaillé. Je pense que beaucoup d'établissements qui sont venus en commission auraient préféré qu'on ne soit pas aussi directifs dans les façons de le faire. On a jugé cependant qu'il était nécessaire de le faire pour s'assurer que ce soit conforme et assez uniforme dans tout le territoire québécois.

Mme Harel: Oui.

M. Couillard: Mais, tu sais, là, ce que vous avez souligné de la Suède, c'est un exemple de ce que je disais tantôt. Ils ont commencé en 1991 à mettre sur pied les premières tentatives de garantie d'accès, puis, regardez, on est rendu en 2006, là. Alors, je ne dis pas que ça va prendre 15 ans — j'espère que non, là — mais il faut y aller de façon prudente, tirer parti des leçons des autres États qui ont tenté de le faire souvent dans des conditions encore plus simples que les nôtres. Les services de santé suédois ne sont certainement pas moins efficaces et moins bien gérés que ceux du Québec, là.

Mme Harel: Vous savez, je pense qu'il y a un consensus pour le mécanisme, hein, de gestion, si vous voulez, des listes d'attente, tout en nuancant en regard des difficultés d'élargir finalement à ce qui précède l'épisode de services spécialisés ou surspécialisés. Mais, en général, en tout cas, les auteurs, là, disent que le mécanisme ne serait pas contre pas complet sans la fixation de normes pour déterminer ce qui constitue un délai raisonnable.

M. Couillard: C'est ce qui va être fait également.

Mme Harel: Vous allez le faire par directives?

● (16 heures) ●

M. Couillard: Par directives. D'ailleurs, on l'indique dans le texte plus loin. D'ailleurs, on l'indique, dans le texte plus loin. D'ailleurs, allez voir le site Web actuel

d'*Accès aux services*, vous allez voir que c'est déjà indiqué, les délais qui ont été déterminés sont inscrits.

Mme Harel: Parce que vous savez qu'en fait c'est quand même intéressant de voir que le régime britannique a été soumis, dans son application, dans une décision de la cour européenne. Je ne sais pas si vous êtes au courant?

M. Couillard: Oui. Puis d'ailleurs les décisions des cours européennes deviennent de plus en plus contraignantes pour l'ensemble des systèmes de santé européens.

Mme Harel: C'est ça. Parce que semble-t-il être très récent et c'était le concept de l'attente déraisonnable. Et la cour européenne de justice explique cette nuance au moment où elle devait décider si une attente d'une année représentait un retard injustifié pour avoir accès à une chirurgie de la hanche dans le cas d'une patiente atteinte d'arthrite aiguë.

M. Couillard: Ça ressemble pas mal à notre cas Chaoulli-Zeliotis, là.

Mme Harel: Et la cible maximale d'attente du NHS était de 15 mois, et une attente de 12 mois lui était proposée.

M. Couillard: On voit qu'on est plus ambitieux ici, là.

Mme Harel: La cour a décidé que la fixation des délais d'attente doit reposer sur deux dimensions: d'une part, des critères objectifs et non discriminatoires puis, d'autre part, une évaluation personnalisée de la situation de la patiente.

M. Couillard: Voilà.

Mme Harel: Ça s'appelle... Bon. Pour qu'un régime d'autorisation préalable soit justifié, avant même qu'il déroge à une telle liberté fondamentale, il doit en tout état de cause être fondé sur des critères objectifs non discriminatoires connus à l'avance de manière à encadrer l'exercice du pouvoir d'appréciation des autorités nationales afin que celui-ci ne soit pas exercé de manière arbitraire.

M. Couillard: Voilà.

Mme Harel: Ça veut dire que chaque mécanisme ne pourra pas être arbitraire quant à ses délais.

M. Couillard: On veut qu'ils soient uniformes et bien, bien standardisés, puis d'où l'intérêt de la priorisation dont je parlais tantôt. Et, d'expérience, je peux certainement vous dire que, si vous adoptez, par exemple, une norme de six mois pour une chirurgie, à l'intérieur du groupe de personnes qui sont en attente, il y en aura peut-être qui, pour elles, en fait ce devrait être un mois compte tenu de leurs douleurs ou de leurs limitations, et c'est le médecin qui doit faire cet exercice de priorisation. Il y en a d'autres, à l'autre extrémité, qui pourraient certainement être déplacées plus loin

que les six mois, mais on a décidé de laisser la période de six mois.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a d'autres discussions sur l'amendement? Est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Est-ce que l'article 7, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Article 8.

M. Couillard: L'article 8, M. le Président, parle de l'article 189 de la loi de santé et services sociaux. Est-ce que nous avons un amendement sur cet article? Non.

Alors, il s'agit tout simplement d'ajouter aux fonctions du chef de département clinique, qui sont déjà fixées dans la loi de santé et services sociaux à l'article 189, un nouveau paragraphe qui est le paragraphe 3.1° qui dit la chose suivante:

«3.1° s'assurer, dans son département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès aux services prévu à l'article 185.1.»

D'ailleurs, ça me rappelle ma bonne époque comme chef de département où on retrouvait qu'il y avait bien des choses à faire, et on en ajoute une. Voilà.

Mme Harel: Il n'y a pas eu de réaction sur cet article, je pense, hein, en commission parlementaire?

M. Couillard: Non. En fait, c'est une réaction plus large sur la rémunération de ce qu'on appelle le médicoadministratif par la fédération qui est au coeur des discussions, d'ailleurs qu'on est prêts à reconnaître et à discuter avec eux.

Mme Harel: Ça veut dire que c'est un peu le whip de son département.

M. Couillard: Oui. Puis, au cours des dernières années, je l'ai vécu moi-même, c'est un peu un whip sans baguette, c'est-à-dire que c'est quelqu'un qui souvent a peu à dire sur les budgets du département qu'il gère et qui a relativement peu de moyens de contrôle effectifs pour mettre en place les diverses responsabilités. Ça prend, disons, une capacité de navigation qui est... et ça prend un consensus des membres. Un chef de département qui réussit, c'est un chef de département qui a le respect et l'adhésion de ses membres. Essentiellement, c'est comme ça que...

Mme Harel: Est-ce qu'il est rémunéré pour ces tâches?

M. Couillard: Dans les centres universitaires, ils le sont souvent par divers mécanismes. On a introduit, avec l'argent qu'on a annoncé pour la rémunération en milieu académique, la rémunération pour les tâches

administratives en milieu hospitalier universitaire. Maintenant, c'est certain que la FMSQ — je crois que c'est justifié comme demande — voudrait que l'ensemble du médicoadministratif, incluant dans les centres non universitaires, soit rémunéré. Je suis d'accord avec ça. D'ailleurs, on voudrait discuter de cette question-là autour de la table de médiation.

Mme Harel: C'est, je pense, une très, très, très bonne idée que ce soit rémunéré certainement parce que ça favoriserait la cohésion du groupe aussi puis ça revaloriserait le rôle de chef de département.

M. Couillard: Par contre, il faut savoir qu'il y a des groupes de médecins particulièrement attachés à l'autonomie professionnelle qui voient dans la rémunération également un aspect négatif dans le sens que ça fait du chef de département un élément de la chaîne de commandement de l'établissement.

Mme Harel: Espérons que ça le devienne.

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce que l'article 8 est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): L'article 1. On avance en reculant.

M. Couillard: C'est ça. Il y a des choses comme ça. Alors, il y a-tu un amendement? Un amendement à l'article 1?

Mme Harel: ...il est choisi comment? Par ses pairs?

M. Couillard: Par ses pairs, oui puis non, c'est-à-dire qu'il y a toujours une consultation du département, et la décision finale est prise par le conseil d'administration d'un établissement, et, lorsque l'établissement... En général, ils vont entériner la recommandation des pairs. Cependant, dans un hôpital universitaire, l'université joue un rôle et là la nomination peut être différente de la recommandation — je l'ai vu à quelques reprises — de l'assemblée des pairs. Oui.

Objet de la loi et droits des usagers

Droits des usagers (suite)

Le Président (M. Copeman): Votre amendement, M. le ministre, remplace l'article dans son ensemble.

M. Couillard: Oui.

Le Président (M. Copeman): Vous pourriez y aller directement avec l'amendement.

M. Couillard: Merci beaucoup. Alors, je pense qu'il s'agit de concordance de références numériques essentiellement, là... Alors, il s'agit de modifications qui sont entièrement de concordance de numérisation des articles.

L'article 19 de la Loi sur les services de santé et services sociaux, modifié par l'article 20 du chapitre 28 des lois de 2006, est de nouveau modifié par le remplacement, dans les deuxième et troisième lignes du paragraphe 7°, de ce qui suit: «de l'article 107.1, au troisième alinéa de l'article 108, aux articles 204.1,» par ce qui suit... Et on change le numéro des articles.

Maintenant, si vous voulez qu'on aille voir l'article 19 en question, je crois que ce sont les circonstances dans lesquelles la communication de renseignements est permise sans consentement de l'utilisateur. On va voir que ça avait été discuté lors également de la loi n° 83. On avait passé de longues... j'allais dire minutes, mais je pense que ça a été plus que des minutes sur cette question de l'article 19 et donc on inclut également l'article 520.3.0.1. On va voir tantôt qu'il s'agit de données non nominalisées, également d'autres articles qui sont là par concordance.

Si vous voulez, on peut le laisser... Peut-être qu'ils vont vouloir étudier 520.3.0.1 avant. Je n'ai pas d'objection.

Mme Harel: Pardon?

M. Couillard: Non, non. M. le Président, ne me bâillonnez pas.

Mme Harel: Pourquoi?

M. Couillard: Je voulais vous suggérer, pour pas que vous ayez l'impression qu'on va trop vite dans un article qui est complexe, comme on parle nécessairement de 520.3.0.1 dont on a discuté tantôt, si vous voulez, on pourrait étudier 30.1 et revenir après, mais je vous dis tout de suite: Ça ne change pas le fond, là, ça ne change pas... Il va falloir le faire de toute façon quand on aura à adopter 30.1. Quelle que soit la forme finale dans laquelle on l'adopte, il va falloir l'inclure à la liste ici. Alors, vous voyez, M. le Président, c'est par souci de...

Mme Harel: Ma question était plutôt de savoir si la seule modification qui est apportée... En fait, c'est un nouvel article, hein, l'amendement, c'est un nouvel article, hein?

M. Couillard: C'est-à-dire que c'est un nouvel article du projet de loi, mais qui introduit un ajout à l'article existant de la loi santé et services sociaux qui est l'article 19. Si vous voulez aller voir l'article 19...

Mme Harel: D'accord. D'accord.

M. Couillard: ...on peut...

Mme Charest (Rimouski): Là, on est-u toujours sur 1 ou sur 30.1?

M. Couillard: Bien là, on est sur 1, là, parce que j'ai fait une suggestion...

Mme Charest (Rimouski): O.K.

M. Couillard: ...mais on n'est pas obligés de la suivre, hein? Le président est découragé des fois avec moi.

Mme Harel: Peut-être que le président peut nous démêler ça? Oui?

M. Couillard: Alors, l'article 19 de la loi santé et services sociaux dit la chose suivante: «Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut toutefois être communiqué sans son consentement.»

Et là il y a 1°, 2°... Exemple: 1° sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coroner; 2° à la demande du commissaire local aux plaintes; 3° à la demande d'une personne qu'une agence désigne pour faire une inspection; 4° au ministre en vertu des fonctions prévues à un autre article; 5° à une personne autorisée à faire une inspection en vertu d'un autre article; 6° à une personne désignée par le gouvernement pour enquêter sur une manière visée au premier alinéa d'un autre article; 8° comité de révision.

Alors, au 7°, on a également des références à des nouveaux articles. Si je me souviens bien, 19.0.1 et compagnie ont été introduits lors de l'adoption de la loi n° 83. Hein? C'est ça? On dodeline de la tête pour m'indiquer que c'est le cas. C'était pour les mécanismes de circulation de l'information dans le réseau, et ici on ajoute... qu'est-ce qu'on ajoute? 78.1. Est-ce qu'on l'a déjà... Alors, 78.1, par exemple, alors, je vais vous dire les articles nouveaux qui s'ajoutent à la liste du septième paragraphe. Peut-être, si vous aviez l'article devant vous, vous pourriez... Ça ne me dérange pas qu'on vous...

● (16 h 10) ●

Mme Harel: L'article 19.

M. Couillard: L'article 19 de la loi de santé et services sociaux. Parce que je vais vous indiquer auxquels articles nouveaux on fait référence, et, chacun d'entre eux, on va vous dire de quoi il s'agit.

Mme Harel: ...les adopter cependant si, par exemple, on adopte l'article 1, nous trouvons-nous à adopter 520.3.0.1?

M. Couillard: Ils sont tous adoptés sauf un.

Mme Harel: Sauf celui-là?

M. Couillard: Non. On introduit quatre références nouvelles à des articles. Sur les quatre références nouvelles, trois sont déjà adoptées et une ne l'est pas encore puisqu'on va la toucher à l'article 30.1 qui est pas le prochain, mais normalement le deuxième prochain article qu'on va étudier.

Alors, ce que je pourrais faire, c'est quand même vous indiquer de quels articles il s'agit et on pourra voir par la suite qu'est-ce que vous suggérez qu'on fasse pour l'étude du bloc en question. Alors, 78.1, on me dit que c'est l'article qui permet de récupérer les sommes d'un CMS lorsque tout l'épisode de soins n'a pas été couvert. 185.1, c'est celui qu'on a adopté tantôt pour le mécanisme central de gestion de l'accès. 349.3, c'est clinique médicale associée pour faire les vérifications. Et 520.3.0.1, c'est la banque de données pour la vérification des performances des mécanismes de gestion de l'accès. Et le seul là-dedans qu'on n'a pas adopté jusqu'à maintenant,

c'est 520.3.0.1 qui est introduit par l'article 30.1 du projet de loi.

Mme Harel: M. le Président, de quoi s'agit-il, le photographe?

Le Président (M. Copeman): Je l'ignore complètement.

Des voix: C'est l'Office national du film.

Mme Harel: C'est l'Office... Ah! C'est pour Charlotte.

Le Président (M. Copeman): Autrement appelée la députée de Pontiac.

Mme Harel: Excusez-moi.

Le Président (M. Copeman): Louise.

Mme L'Écuyer: Ce matin, c'était Daniel.

Mme Harel: M. le député de Mercier et Mme la députée de Pontiac.

Mme L'Écuyer: C'est ça. Oui, oui.

M. Couillard: Deux réalités différentes de travail de député.

Mme L'Écuyer: Exactement. Le rural puis l'urbain.

Mme Harel: Ça fait déjà deux ans

Mme L'Écuyer: Depuis 2003.

Mme Harel: Bien, on a hâte de vous voir avant la fin du mandat.

Mme L'Écuyer: Ça va être au printemps.

Mme Harel: Vous avez bien des chances d'être élue, j'imagine.

Mme L'Écuyer: C'est pour préparer les conférences de presse et la pochette.

Mme Harel: Ah oui! Ah! C'est intéressant. Allez-vous nous inviter pour le lancement?

Mme L'Écuyer: Absolument.

M. Couillard: Le tapis rouge.

Mme L'Écuyer: Le tapis rouge, absolument.

Mme Harel: Alors, ça va être au prochain Festival des films du monde.

Le Président (M. Copeman): Bon. Voulez-vous que je suspende les travaux de la commission ou? Moi, ça ne me fait rien mais... L'article 1, l'amendement.

M. Couillard: Alors, voici donc de quoi il s'agit.

Mme Harel: Si on l'adopte, l'article 1, nous trouvons-nous à adopter 520.3.0.1?

M. Couillard: Non.

Le Président (M. Copeman): Non,

Mme Harel: Non. Bon. Très bien. Adopté.

Le Président (M. Copeman): Alors, l'amendement est adopté.

Mme Harel: Oui.

Le Président (M. Copeman): L'article 1 en conséquence est-il adopté tel qu'amendé? Adopté.

M. Couillard: Vous voyez, M. le Président, j'ai bien fait d'être transparent.

Coordination, surveillance et réglementation des services de santé et des services sociaux

Le ministre (suite)

Le Président (M. Copeman): L'article 16. J'essaie d'ignorer les commentaires soufflés de mon collègue à droite. Pas facile. Alors, l'article 16. M. le ministre.

M. Couillard: Alors, c'est un article important qui introduit l'article 431.2 — plus important que les autres, disons — qui introduit le mécanisme particulier d'accès. Alors, il y a un amendement également considérable là-dedans. Et donc, M. le Président, vous estimez toujours nécessaire que je lise le projet tel que déposé, hein?

Le Président (M. Copeman): Bien, ça dépend, c'est au loisir des membres de la commission.

M. Couillard: Est-ce qu'on va directement avec la formulation avec amendements?

Une voix: Oui.

M. Couillard: Merci. J'apprécie parce que sinon c'est assez compliqué. Alors, 431.2, c'est un nouvel article qui est introduit qui se lirait de la façon suivante, avec l'amendement:

«Lorsque le ministre estime, compte tenu des standards d'accès généralement reconnus et après avoir effectué les consultations appropriées, que le temps d'attente pour obtenir un service médical spécialisé dans l'ensemble du Québec ou dans l'une de ses régions est déraisonnable ou sur le point de le devenir, il peut, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement, prendre toute mesure nécessaire pour que soient mis en place, conformément à ses directives, des mécanismes particuliers d'accès permettant de rendre le service visé autrement accessible à l'intérieur du délai qu'il juge raisonnable.

«Le ministre peut requérir que les établissements concernés ou, le cas échéant, le prestataire choisi en application de l'article 520.3.0.1 lui fournissent, de la manière et dans les délais qu'il indique, ceux des renseignements recueillis en application de l'article 185.1 et qui sont nécessaires pour lui permettre d'apprécier si le temps d'attente pour obtenir un service médical spécialisé est déraisonnable ou sur le point de le devenir. À cette fin, le ministre peut également requérir que le prestataire produise et lui fournisse, à partir de ces renseignements, des statistiques par établissement, par région ou pour l'ensemble de la province. Dans tous les cas, les renseignements ainsi fournis ne doivent pas permettre d'identifier les usagers des établissements.

«Les directives du ministre peuvent comprendre l'obligation pour tout établissement concerné par la dispensation du service médical spécialisé visé d'ajuster en conséquence les modalités de fonctionnement de son mécanisme central de gestion de l'accès à ce service de même que la nécessité pour les agences, en collaboration avec les réseaux universitaires intégrés de santé, de revoir les corridors de services de manière à faciliter autrement l'accès au service médical spécialisé visé.»

On continue: «Le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services d'un centre hospitalier doit aviser le directeur des services professionnels dès qu'il estime, après avoir consulté le chef de département clinique concerné, qu'un usager ne pourra obtenir de l'établissement un service médical spécialisé à l'intérieur du délai jugé raisonnable par le ministre. Le directeur des services professionnels propose alors et sans retard à l'usager une offre alternative de services qui tient compte du réseau d'accessibilité aux soins médicaux défini en application du paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 417.11 et des corridors de services établis par l'agence afin que l'usager puisse, s'il le désire, obtenir le service médical spécialisé qu'il requiert à l'intérieur du délai jugé raisonnable par le ministre.

«Le ministre peut, malgré toute disposition inconciliable, assumer le coût de tout service obtenu, conformément à ses directives, dans un centre médical spécialisé visé au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 333.3 ou à l'extérieur du Québec.»

Alors, on voit que c'est très long comme article parce qu'il s'agit des mécanismes particuliers lorsqu'on s'aperçoit que les délais sont sur le point de devenir déraisonnables ou sont déraisonnables. Donc, pour le faire, il faut d'abord déterminer les délais et on ajoute qu'il faut effectuer les consultations appropriées. Ce que ça veut dire, c'est qu'il faut consulter des associations médicales pour déterminer ces délais-là. Et l'autre chose que ça nécessite, c'est qu'on puisse obtenir l'information en tout temps et à tout niveau nécessaire, que ce soit au niveau d'un établissement, d'une région ou de la province au complet, pour juger quel est l'état des lieux et avoir enfin des statistiques réelles et validées en tout temps sur la situation de l'accès ou les listes d'attente.

Une fois qu'on a obtenu ces renseignements et qu'on a donc établi ces délais, on parle également, dans le deuxième alinéa, justement de ces éléments, on indique, dans la dernière phrase, qu'il s'agit toujours de renseignements dénominalisés, ce qui est très important, qui permettent de juger des nombres.

Il s'agit également de prévoir, pour l'établissement et l'agence, des corridors de services qui permettent d'offrir d'autres solutions au citoyen ou à la citoyenne et notamment en utilisant les ressources que donnent les réseaux universitaires intégrés de santé qui sont responsables de parties de territoire du Québec, comme on le sait, depuis leur création.

Et enfin on passe au niveau de l'usager individuel où on dit que c'est le responsable du mécanisme qui a la responsabilité d'aviser le directeur des services professionnels après consultation du chef de département. Pourquoi? Parce que le chef de département peut trouver immédiatement une solution à ce moment-là et sans qu'il y ait nécessité d'aller plus loin dans le processus, de façon à ce qu'on puisse mettre en place des corridors de services ou des propositions alternatives... alternatives ou alternatives? «Alternes» n'est pas français, je pense, hein? Non, alternatives. Non. Des alternatives de solution. Il faudrait vérifier, fouiller cette question.

Le Président (M. Copeman): Je m'engage à le faire, M. le ministre.

M. Couillard: En enfin on indique que le mécanisme central... le mécanisme de disposition spéciale peut permettre au ministre d'assumer le coût de tout service obtenu dans un centre médical spécialisé visé au paragraphe 2°, donc, traduction, un centre de médecins non participants, ou même à l'extérieur du Québec. On se souvient d'ailleurs que ça a été utilisé de façon un peu spontanée à l'époque, et il fallait le faire compte tenu de la situation, lorsque les patients de radio-oncologie ont été envoyés hors frontières et aux frais de l'État. Donc, il y a des précédents à ça. On espère qu'ils seront le moins nécessaires possible. Mais c'est très important que le système de santé donne et le gouvernement et l'État donne un message très clair au citoyen qu'il est sérieux dans son intention et qu'il va aller jusqu'au bout éventuellement, le bout étant de même défrayer des frais de services ailleurs que dans notre système de santé pour obtenir les soins dans les délais requis, bien sûr ceci étant toujours soumis au libre choix de l'individu. Un patient, une patiente peut toujours dire: Bien, moi, écoutez, vous me l'offrez, ça, mais je n'ai pas envie. Je préfère attendre un peu plus longtemps et avoir mon traitement par mon médecin et dans mon hôpital, ce qui en général va se produire d'ailleurs dans la majorité des cas. Voilà.

• (16 h 20) •

Le Président (M. Copeman): Pouvons-nous nous concentrer sur l'amendement en premier lieu?

M. Couillard: Bien, c'est parce que... O.K.

Le Président (M. Copeman): Mais il faut l'adopter, là.

M. Couillard: O.K. alors, qu'est-ce que l'amendement faisait? L'amendement ajoutait «et après avoir effectué les consultations appropriées». D'ailleurs, ça vient de la commission parlementaire lorsqu'on disait: Écoutez, vous ne pouvez pas faire ça tout seuls dans vos bureaux, il faut que vous fassiez des consultations lorsque vous fixez vos délais avec les gens dont c'est la responsabilité professionnelle.

Et on insère un deuxième alinéa après le premier qui parle du prestataire et des renseignements obtenus. Dans votre feuillet, c'est l'alinéa qui apparaît en italique à la deuxième phrase. Je ne sais pas si vous avez la même présentation que moi, je crois que oui. C'est le deuxième alinéa qui est en italique, à droite.

Et je pense qu'il n'y a pas d'autre changement. Voilà. Donc, c'est ce que fait l'amendement si on veut l'adopter comme tel ou en discuter d'abord, l'adopter après, puis ensuite l'article.

Mme Harel: C'est bien certain, M. le Président, que la première, première des questions, c'est: Compte tenu de l'amendement, les consultations appropriées auprès de qui?

M. Couillard: Bien, on a réfléchi au fait de s'il fallait les faire de façon détaillée, mais le danger, quand on fait ça, c'est d'en oublier. Et c'est clair que, lorsqu'on parle de délais médicalement connus ou raisonnables, les premiers concernés sont les associations médicales ou les associations de professionnels. Mais ça peut également être d'autres types d'associations, comme par exemple celles qui font de la réhabilitation dans le cadre des traitements postopératoires ou ce qui a trait à l'imagerie. Alors, c'est volontairement qu'on a laissé ça de cette façon pour avoir le plus de flexibilité possible quant à l'étendue des consultations à faire et de ne pas les limiter nécessairement à une seule organisation.

Mme Harel: À ce moment-là, c'est le ministre qui lui-même va estimer les consultations qui sont appropriées.

M. Couillard: De façon imputable. Alors, si, dans une situation, le ministre décidait que — je caricature à volonté, là, pour en faire l'illustration — que, pour une chirurgie, moi, ça me tente que ce soit 15 mois, le délai... Vous avez mentionné 15 mois tantôt, ce qui est assez long, en passant, pour une chirurgie. C'est ça en Angleterre. Ça montre la façon dont on peut contourner des normes. Si on met les normes très, très loin, bien, à ce moment-là, il y a moins de problèmes. Alors, si le ministre décidait de son propre chef de fixer à 15 mois le délai d'une chirurgie pour la vésicule biliaire, bien je suis certain que les gens qui n'ont pas été consultés monteraient aux barricades immédiatement. Ça ne durerait pas longtemps. Et ça fait partie de l'imputabilité du poste de ministre de la Santé et des Services sociaux. Je pense qu'il faut laisser la flexibilité nécessaire et le jugement s'exercer, puis après on est responsable d'expliquer ce qu'on a fait comme consultations.

Mme Harel: Je me rappelle que ça s'était produit dans le cas d'un médicament, là, avec le Conseil du médicament, où un médicament avait été retiré de la liste sans qu'il y ait eu de consultation des pneumologues.

M. Couillard: Il faut faire attention cependant parce que je sais de quel cas vous parlez. Les décisions du Conseil du médicament sont toujours appuyées par des recommandations de professionnels cliniciens qui

pratiquent au Québec, de l'association concernée, qui bien sûr ne tiennent pas à être identifiés nécessairement. Il y a environ 140 spécialistes qui apportent leur soutien au Conseil du médicament, et c'est très important que ça le soit, mais on a ajouté, dans la politique du médicament, dans le cours de la démarche du Conseil du médicament, la possibilité que le conseil entende l'association professionnelle et également une association représentative des patients ou des citoyens.

Mme Harel: Ce qui m'a beaucoup surpris, là, dans... mais ça ne porte pas sur l'amendement, par exemple, c'est le fait que le ministre va évaluer si «le temps d'attente pour obtenir un service médical spécialisé dans l'ensemble du Québec ou dans l'une de ses régions»... et non pas dans un établissement.

M. Couillard: C'est parce que l'établissement... ça se fait au niveau de l'établissement, c'est le sens du deuxième, troisième... Attendez un peu, quel alinéa c'est, là? Le premier, deuxième, troisième... quatrième alinéa, celui qui commence par: «Le responsable du mécanisme central de gestion...» Ça, c'est ce qui se passe au niveau de l'établissement. Parce qu'on ne peut pas penser, il ne faudrait pas que ça devienne comme ça, que les ministres de la Santé présent et futurs aillent faire la gestion des établissements.

Le Président (M. Copeman): Juste pour l'information des membres de la commission, le mot «alterne» a une connotation spatiale: «Qui présente une alternance d'ordre spatial. [...]Disposition des organes placés alternativement et non face à face. [...]Angles alternes, formés par deux droites avec les côtés opposés de la sécante — pour ceux qui sont entre les deux droites...»

M. Couillard: Comme avait dit un professeur d'anatomie dans une tirade désormais célèbre, à l'époque, puis ça fait longtemps et je m'en souviens: Le poumon gauche est à gauche, le poumon droit est à droite, sauf dans les cas de malformation congénitale où le gauche est à droite, le droit à gauche ou vice versa. Et ça avait été dit textuellement et avec le plus grand sérieux.

Le Président (M. Copeman): Et, tandis que «alternative», dont l'emploi est critiqué, hein...

M. Couillard: Donc, «alterne», on ne peut pas l'utiliser. Quand on parle d'une solution, on ne peut pas l'utiliser.

Le Président (M. Copeman): Non, non, exact. Donc, «alternative», selon *Le petit Robert*, dont l'emploi est critiqué: «Qui constitue une solution de remplacement.»

M. Couillard: Deux solutions.

Le Président (M. Copeman): Bien, c'est ça. «Peines alternatives.» «Qui, par sa pratique, s'oppose aux choix imposés par les sociétés industrielles et technologiques», etc. Alors, c'est ça, ça prend un choix.

M. Reid: Je crois que ça peut être plusieurs solutions si c'est un remplacement pour une solution. Donc, «alternative» peut être au pluriel si ça qualifie des solutions qui en remplacent une.

Le Président (M. Copeman): Oui, bien, c'est ça, il est accepté... c'est plus courant quand il y en a deux, l'emploi est critiqué quand il y a plus que deux.

M. Reid: Mais, si on l'utilise comme adjectif... Je crois, tout à l'heure, c'était utilisé comme un adjectif, non? Même dans ce cas-là?

Le Président (M. Copeman): Oui, même dans ce cas-là.

M. Reid: O.K.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'on peut disposer de l'amendement dans un premier lieu, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve?

Mme Harel: L'amendement qui dit «après avoir effectué les consultations appropriées»?

Le Président (M. Copeman): Non, ça, c'est le premier paragraphe. Le deuxième: Créer un nouvel alinéa, aussi, qui commence: «Le ministre peut requérir...»

Mme Harel: Là, on est toujours dans le 520.3.0.1, là?

Le Président (M. Copeman): Exact.

Des voix: ...

Mme Charest (Rimouski): Non, 431.2.

Le Président (M. Copeman): Non, non, excusez-moi. Excusez, c'est ça. C'est vrai qu'il fait référence à 520.3.0.1, mais ça, c'est de la Loi sur les services de santé et services sociaux actuelle.

M. Couillard: C'est le prochain article qu'on va étudier.

Le Président (M. Copeman): Exact.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Mais le deuxième paragraphe de l'amendement insère un autre alinéa, n'est-ce pas, qui est là: «Le ministre peut requérir que les établissements concernés ou, le cas échéant...», ainsi de suite.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Oui, ça devient essentiellement le deuxième alinéa.

(Consultation)

Le Président (M. Copeman): Est-ce que vous souhaitez que je cherche d'autres définitions dans le dictionnaire ou? Ça va? Est-ce qu'on peut adopter l'amendement, Mme la députée?

Mme Harel: L'amendement, bon, l'amendement suppose que le ministre requière des établissements concernés... Concernés, ça signifie quoi, des établissements concernés? Lesquels établissements sont de la catégorie de ceux concernés par rapport à ceux qui ne sont pas concernés?

M. Couillard: Pour prendre la définition légale, les établissements exploitant un centre hospitalier où sont offerts des services spécialisés ou ultraspécialisés.

Mme Harel: Alors, le cas échéant, c'est parce que vous doutez que certains établissements vous fournissent les renseignements?

M. Couillard: C'est un peu embêtant de le dire, là, M. le Président, mais on sait que les gens dans les établissements sont extrêmement surchargés de demandes de toutes sortes qui viennent de toutes sortes de sources de renseignement statistique et autres choses. On veut être certain que ceci devienne la priorité numéro un. D'ailleurs, on a l'expérience avec la collection épisodique des listes d'attente qu'on essaie de faire un peu de façon pas encore optimale, je dirais qu'il y a certains établissements qui sont très en retard dans la transmission de leurs données par rapport à d'autres. Tout dépend du degré de priorité que le directeur général va lui donner et le degré d'attention qu'il va lui apporter.

Mme Harel: À l'article 7, au premier alinéa.

M. Couillard: L'article 7 du projet de loi?

● (16 h 30) ●

Mme Harel: Oui, du projet de loi. Au premier alinéa, on indique que «le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit également prévoir l'instauration d'un mécanisme central». Donc, il s'agit d'un centre hospitalier, ici, c'est bien ça?

M. Couillard: Oui. On aurait pu répéter «centre hospitalier».

Une voix: ...

M. Couillard: O.K. Je ne sais pas si vous avez entendu le collègue. C'est l'établissement concerné par le service spécifique dont il est question dans l'appréciation du fait qu'il y a des délais déraisonnables. C'est pour ça qu'on n'a pas répété «centre hospitalier».

Mme Harel: Et, rappelez-nous, le prestataire aura, comme on pourrait dire, «just in time», il aura les renseignements, le prestataire. Si c'est difficile pour un établissement de les faire parvenir au ministre, ça va l'être tout autant pour les faire parvenir au prestataire.

Une voix: ...

M. Couillard: O.K. Voilà. Alors, M. le Président, voici l'explication. Dans l'article 7, il y a un alinéa, qui est le deuxième alinéa, qui indique l'obligation, pour les établissements, de transmettre au prestataire les renseignements. Donc, la première chaîne, elle est là.

Je comprends ce que vous voulez essayer d'explorer, c'est que, si les deux maillons de la chaîne, établissement-prestataire et prestataire-ministre, sont là, le premier maillon, il est là, donc ils doivent transmettre au prestataire, et le deuxième maillon, qu'on est en train de discuter, permet au ministre d'obtenir du prestataire lesdits renseignements. C'est bien? C'est ça?

Mme Harel: Mais, s'ils ont été transmis au prestataire, ils peuvent l'être au ministre.

M. Couillard: Pas si on ne donne pas au ministre la possibilité de les obtenir.

Une voix: ...

M. Couillard: Bien, peut-être que monsieur pourrait répondre, avec consentement, parce que... En plus, il pourrait s'identifier pour la postérité, parce qu'il a fait, avec ses collègues d'ailleurs, un travail assez fouillé de mise au point de ces textes de loi là, et je pense que ça va lui faire plaisir d'expliquer cet aspect-là.

Le Président (M. Copeman): Alors, maître, en vous identifiant, s'il vous plaît. Est-ce qu'il y a consentement?

Une voix: Consentement.

Le Président (M. Copeman): Consentement. Allez-y.

M. Boileau (Ariel): Ariel Boileau. Ce qu'il s'agit d'expliquer, c'est que 185.1, les renseignements qui vont pouvoir être transmis, c'est des renseignements qui permettent à l'établissement d'assurer une... c'est des renseignements qui vont permettre une gestion uniforme de la liste d'accès et qui sont utilisés par l'établissement pour la gestion courante. Si le ministre le requiert, les établissements vont pouvoir transmettre ces renseignements-là au prestataire qui sera identifié en application de l'article 520.3.0.1. Ces renseignements-là pourront être nominatifs, mais, lorsqu'ils sont transmis au prestataire, ça va être géré uniquement pour le compte de cet établissement-là, et c'est uniquement l'établissement qui pourra avoir accès à ces renseignements.

Le lien qu'on doit faire avec 431.2, c'est que, parmi ces renseignements-là, ce sera possible pour le ministre de demander ceux qui lui permettront d'évaluer si les délais d'attente sont raisonnables ou déraisonnables, mais en aucun cas ces renseignements ne pourront permettre d'identifier l'utilisateur. Je ne sais pas si je répons à...

Mme Harel: Oui. C'est seulement quand ça passe par le prestataire que c'est dénominalisé?

M. Boileau (Ariel): C'est ça. Lui, à partir de l'ensemble des renseignements qu'il va avoir de chacun des établissements, il pourra en extraire ceux qui permettront au ministre d'identifier si les délais d'attente sont déraisonnables ou sur le point de devenir. Mais en aucun cas il n'y aura de renseignements nominatifs qui seront transmis au ministre. Donc, c'est plutôt sous forme de statistiques.

Mme Harel: Ce que l'hôpital transmet au prestataire, c'est nominatif. Ce que le prestataire...

M. Couillard: ...pour sa propre utilisation, pour l'utilisation de l'établissement.

Mme Harel: C'est ça. Ce que le prestataire, lui, va transmettre au ministre, c'est dénominalisé.

M. Boileau (Ariel): Exactement.

Mme Harel: C'est ça. Alors pourquoi vous avez mis «le cas échéant»? Parce que le cas échéant, c'est comme si...

M. Boileau (Ariel): À 185.1, le ministre a la faculté de demander aux établissements de transmettre l'information au prestataire, à 185.1. Donc, à 431.2, dans l'éventualité où le ministre n'avait pas demandé aux établissements de transmettre l'information au prestataire, il pourrait transmettre cette demande-là directement aux établissements. Donc, le cas échéant, c'est si le ministre a déterminé un prestataire. Et, dans l'intervalle, il pourrait toujours demander aux établissements concernés de lui transmettre les statistiques pour lui permettre d'évaluer si les délais d'attente sont raisonnables ou non.

Mme Harel: Donc, la question nécessairement qui va se poser, ça va être la suivante: Pourquoi est-ce que le ministre s'enlèverait le pouvoir d'intervenir pas juste pour l'ensemble du Québec, pas juste pour une région, mais pour un établissement?

M. Couillard: Là-dessus, je pense que le projet de loi fait une distinction claire des responsabilités, c'est-à-dire que le ministre peut autoriser les établissements à utiliser des corridors de services, y compris le recours à des services de médecins non participants ou hors Québec, et ça, il détermine ça dans le mécanisme particulier d'accès. Mais il n'a pas à dire à l'établissement: Vous devez envoyer M. ou Mme Untel se faire opérer à l'extérieur. Ce n'est pas comme ça que ça doit fonctionner. C'est au niveau de l'établissement lui-même que la décision doit se prendre compte tenu des directives qui sont envoyées. Je ne pense pas qu'il faudrait en arriver au point où on pourrait obtenir au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux les listes nominalisées des gens qui sont en attente de chirurgies puis des délais individuels. C'est normal que l'établissement lui-même puisse les utiliser pour prendre ses décisions, mais de transférer ça au niveau ministériel, je pense que ce serait très risqué, là. Je ne suis pas sûr là-dessus que la CAI nous donnerait l'autorisation d'ailleurs de le faire.

Mme Harel: Et, si je comprends bien, il y a un mécanisme, là. Le responsable du mécanisme central de gestion, comme l'a dit ma collègue, avise le directeur des services professionnels.

M. Couillard: Parce que, lui, il prenait les usagers... parce que... dénominalisés, même s'ils sont versés chez le prestataire, ils peuvent les récupérer en tout temps sous forme nominalisée parce que c'est leurs usagers, c'est leur clientèle, entre guillemets. Donc, ils peuvent conserver et utiliser les dossiers nominalisés. Mais je ne pense pas qu'on serait autorisés par un des deux organismes qui gèrent la sécurité d'information à transférer de telles informations nominalisées au niveau du ministère. Moi, par exemple, je ne peux pas obtenir: M. ou Mme Untel est sur la liste d'attente, et ce ne serait pas souhaitable non plus.

Mme Harel: C'est raisonnable bien évidemment, mais c'est peut-être l'ensemble de l'économie générale du dispositif parce que le DSP, une fois informé par le responsable du mécanisme de la gestion, après qu'il y a eu consultation...

M. Couillard: ...chef de département.

Mme Harel: ...du chef de département, bon, lui, le DSP, doit proposer une offre alternative.

M. Couillard: C'est ça.

Mme Harel: Mais si elle n'existe pas, l'offre alternative?

M. Couillard: Ça va toujours exister parce qu'il faut qu'il aille jusqu'au bout du processus, incluant le recours à des services de médecins non participants ou hors Québec.

Mme Harel: Est-ce qu'il va vous en informer à ce moment-là?

M. Couillard: Oui, parce que c'est le ministre qui assume le coût, là.

Le Président (M. Copeman): En ce qui concerne l'amendement...

M. Couillard: M. le Président, Me Boileau s'exprimait pour la première fois en commission parlementaire, et je pense que de toute évidence il a une brillante carrière devant lui, de même que ses collègues. Je pense qu'on pourrait souligner ça pour que ça apparaisse aux galées. Dans 10, 15 ans, quand on lira avec émotion ce qu'on a fait aujourd'hui, on retrouvera son nom.

Mme Harel: On a déjà souligné son anniversaire.

M. Couillard: Et l'étymologie de son nom.

Le Président (M. Copeman): Exact. L'origine de son nom.

● (16 h 40) ●

Mme Harel: Je vais vous dire tout de suite ce qui m'étonne, là. C'est l'alinéa qui commence par: «Le responsable du mécanisme central de gestion...» et qui prévoit que, si l'établissement ne peut pas, à l'intérieur du délai jugé raisonnable par le ministre, offrir le service à l'usager après que le chef de département ait été consulté puis que le directeur des services professionnels en ait été avisé, là, on comprend, là, qu'on est dans un contexte où le délai jugé raisonnable par le ministre n'est pas possible.

M. Couillard: Je veux juste dire la première solution. C'est pour ça que la consultation du chef de département est essentielle, parce que je peux vous dire qu'en pratique, là, dans 90 % des cas, le chef de département va appeler le médecin traitant puis il va dire: Pourrais-tu, s'il vous plaît, l'inscrire à ton programme opératoire la semaine prochaine? C'est comme ça que ça va se régler, en pratique. Mais actuellement il n'y a pas de mécanisme pour que ça se fasse comme ça, sauf les hôpitaux qui l'ont fait sur une base de projets pilotes, où ça fonctionne très bien.

Alors, s'il n'est pas possible de l'inscrire sur le programme opératoire du médecin, mais là ils peuvent offrir un autre médecin du même centre, ou un autre centre de la même région, ou un centre d'une autre région en vertu des corridors de services qui ont été établis par l'agence.

Et la dernière étape, et on le voit, là, au dernier alinéa, c'est d'assumer le coût d'un service obtenu dans un centre de médecins non participants ou hors Québec. Mais le nombre de personnes pour lesquelles ça va être nécessaire, par année, au Québec, d'après moi... D'ailleurs, ça a été prouvé. L'Angleterre, au début, a fait ça comme ça, et ils avaient projeté un pourcentage de cas où ils auraient à le faire, et la réalité a été très, très, très inférieure à ce qui était projeté. Pourquoi? Parce que les gens avaient la stimulation et, disons, l'aiguillon de livrer la marchandise, entre guillemets, et de donner le service à l'intérieur des délais requis.

Mme Harel: Mais tout ce processus-là, c'est à l'intérieur du six mois?

M. Couillard: Oui. C'est ça. On n'ajoute plus: de six à neuf mois, là.

Mme Harel: Mais tout le processus, y compris celui d'offrir une offre alternative?

M. Couillard: Oui, parce que, vous voyez, on pourrait être rendu à quatre mois, par exemple, là, et là le responsable du mécanisme central peut dire: Bien, de toute évidence, là, compte tenu de la liste d'attente, ou compte tenu des capacités du bloc opératoire, ou compte tenu de tel ou tel autre phénomène, je ne pense pas que ce monsieur ou cette dame-là peut être opéré par Dr X à l'intérieur du délai de six mois. Il a le devoir d'en aviser le directeur des services professionnels, qui va consulter d'abord le chef de département, ce qui est correct, là, déterminer comment est-ce qu'on règle le problème. Mais, s'il n'y a pas de solution, il faut lui offrir une autre solution.

Et on a complètement enlevé la... Ce que je pourrais dire, M. le Président, comme supplément, c'est que, dans le document *Garantir l'accès*, on prévoyait, dans le petit schéma, là, du mécanisme qui était embryonnaire à l'époque, on prévoyait une période tampon de six à neuf mois, c'est-à-dire de trois mois supplémentaires, pour mettre en place ces mécanismes-là, alors qu'on voit que ça commence avant. D'ailleurs, dans les directives qu'on va envoyer, il n'y aura pas cette période tampon là. La directive va être de tout réaliser à l'intérieur des délais, donc du six mois.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, je...

Mme Harel: M. le Président...

Le Président (M. Copeman): Oui. Je crois que l'amendement n'enlève rien à la discussion plus générale sur le projet de loi, sur l'article en question.

Mme Harel: C'est-à-dire... Ça dépend de quel amendement on parle parce qu'il y a deux... Il y a «et après avoir effectué les consultations appropriées»...

Le Président (M. Copeman): Oui, puis le deuxième paragraphe, c'est surtout le partage des renseignements, hein?

M. Couillard: Alors, Me Boileau nous donne une indication également qui est utile quant au fonctionnement. Lorsqu'on va faire les directives et les modalités d'application de la gestion de l'accès, on va dire: Dans tous les centres hospitaliers du Québec, voici comment vous allez procéder: étape 1, étape 2, étape 3, voici les solutions alternatives que vous devez proposer: d'abord le même médecin, ensuite un autre médecin, ensuite un autre centre, ensuite une autre région, et incluant, en dernier recours... mais on va indiquer que c'est le dernier recours, de façon à ce qu'il n'y ait pas un recours exagéré et trop précoce à cette solution-là, le dernier recours étant l'utilisation de services de médecins non participants ou de services médicaux hors Québec.

Le Président (M. Copeman): Mais, M. le ministre, le deuxième paragraphe de l'amendement concerne essentiellement l'échange d'information, n'est-ce pas?

M. Couillard: Oui.

Le Président (M. Copeman): L'échange de renseignements.

M. Couillard: C'est ça.

Le Président (M. Copeman): Parce que j'essaie tranquillement de disposer de l'amendement.

M. Couillard: ...M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Pour qu'on puisse par la suite... Je dis bien «tranquillement», là. Moi, je

suis pas mal certain que la discussion va se poursuivre sur l'article tel qu'amendé. Je comprends, ici, on est dans le noeud de la question du mécanisme de gestion d'accès, je suis très conscient de ça.

Mme Harel: Moi, je vais vous dire, l'amendement, M. le Président, là, qui se lit comme suit: «...si le temps d'attente pour obtenir un service médical spécialisé est déraisonnable ou sur le point de le devenir», c'est bien de ça dont on parle, là?

M. Couillard: Mais, attention, là, on parle des renseignements.

Le Président (M. Copeman): Non, non. Bien... Non, non. Exact. Dans l'amendement, on parle essentiellement de... Je pense qu'il faut travailler avec le papillon. C'est plus clair. Je comprends qu'on a à peu près quatre différents documents qui intègrent le tout, mais je pense que le papillon est plus clair. Au deuxième paragraphe de l'amendement, on parle essentiellement des échanges de renseignements dont nous avons pas mal discuté.

Mme Harel: Alors, l'amendement ajoute les mots...

M. Couillard: En fait, l'amendement décrit le deuxième maillon de la chaîne de transmission d'information que Me Boileau nous a décrit tantôt, le premier maillon étant de l'établissement au prestataire sur base nominalisée pour utilisation exclusive de l'établissement et le deuxième maillon étant du prestataire au ministre, mais sur une base dénominalisée. Quel est le but de cette transmission d'information? C'est d'apprécier si le temps d'attente est déraisonnable ou sur le point de le devenir. Je pense que «sur le point de le devenir» est un renseignement intéressant également.

Mme Harel: Mais, vous savez, cet article-là dit une chose et son contraire, parce qu'à quelque part il dit: Il faut que tout ça se fasse à l'intérieur du délai qui est jugé raisonnable par le ministre, mais il y a d'autres paragraphes qui disent: Lorsque le délai est jugé déraisonnable. Alors, ça peut vouloir dire que c'est après que le délai est raisonnable.

M. Couillard: Ce que ça veut dire, c'est que c'est le travail de l'établissement de donner accès dans les délais à leurs malades selon tous les outils qu'on va leur donner dans les directives. Mais ça ajoute au niveau ministériel la possibilité de faire un contrôle en tout temps par région, par établissement et de vérifier si effectivement, entre guillemets, on livre la marchandise, mais toujours sur une base... dénominalisée. Parce que bien sûr on fait confiance que les établissements mettront en place les mécanismes, mais, une autre citation célèbre qui date de ma pratique, la confiance n'exclut pas le contrôle.

Alors, même si on fait confiance aux établissements, on veut s'assurer de pouvoir obtenir ces renseignements en tout temps et que c'est leur devoir de les transmettre, qu'ils ne puissent se soustraire à ce devoir de transmission au prestataire et qu'on puisse, du côté du

ministre, aller recueillir ces renseignements chez le prestataire, mais cette fois ils deviennent dénominalisés. Par exemple, on se rend compte que, dans un établissement d'une région, on se ramasse, au bout de deux, trois ans, avec 50 % des gens — on n'a pas besoin de savoir les noms, là — 50 % des patients qui ne sont pas dans les délais alors qu'on a donné comme cible 90 % des patients traités à l'intérieur des délais. Il faut agir. Si on n'a pas possibilité d'aller chercher les renseignements et de les surveiller en tout temps, on va le savoir quand? On va le savoir en bout de ligne quand il va y avoir un problème majeur ou que la situation va être devenue difficile à contrôler.

Alors, c'est essentiel de donner au ministre de la Santé et des Services sociaux la possibilité d'exercer ce contrôle et d'intervenir au besoin dans une région. Mais ça peut être une région au complet, par exemple une région qui n'a pas les spécialistes nécessaires. Je prends l'exemple actuel qui me vient à l'esprit, c'est la Côte-Nord. La Côte-Nord, il n'y a pas beaucoup de médecins spécialistes, par exemple pour les chirurgies dont on parle actuellement. La majorité de ces chirurgies-là actuellement sont faites dans d'autres régions. Alors, il faut qu'on le sache pour qu'on puisse voir exactement quelle est la situation des gens qui habitent la Côte-Nord et qu'on puisse mettre en place rapidement et immédiatement des corridors de services et des mécanismes alternatifs de traitement.

Maintenant, on fait confiance quand même que les établissements vont le faire. Je sais qu'ils vont le faire. Mais il faut qu'on ait quelque part une façon de recueillir ces renseignements et d'apprécier en tout temps la situation et de publier... Moi, je pense que, ces renseignements, ils doivent être comme on a commencé à le faire, là, ils doivent être publics également. Et je pense que les données à mesure que les années vont passer, ce qu'on retrouvera sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est des données de plus en plus fiables et de plus en plus concentrées par établissement, ce qu'on essaie de faire actuellement avec des méthodes parfois un peu artisanales, là, de plus en plus fiables et de plus en plus valides des listes d'attente de chaque établissement. Il y a même des pays qui vont encore plus loin, qui y vont par médecin individuel. Je ne pense pas que ce soit nécessaire d'aller jusque-là, là.

Mme Harel: Moi, je vous propose, M. le Président, qu'on adopte le premier paragraphe, là, de l'amendement. Est-ce qu'on peut faire ça? Non. On ne peut pas faire ça. Bon. On va prendre quelques minutes puis on va revenir.

Le Président (M. Copeman): Je suspends les travaux de la commission quelques instants.

(Suspension de la séance à 16 h 49)

(Reprise à 17 h 14)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre! Nous sommes toujours sur l'amendement à l'article 16 et, je crois, de consentement, nous allons ajuster l'amendement, n'est-ce pas?

M. Couillard: Oui, M. le Président. Puis je pense que je vais faire plaisir à l'opposition encore une fois. Dans l'insertion de l'alinéa...

Des voix: ...

M. Couillard: C'est quand la première fois? À la place de dire «pour l'ensemble de la province», comme disait M. Landry, on va dire «pour l'ensemble du Québec», parce qu'ailleurs on dit «le Québec», on ne dit pas «la province».

Le Président (M. Copeman): O.K. Alors, de consentement, on comprend que les mots «de la province» sont retranchés, et les mots «du Québec» sont substitués.

M. Couillard: J'allais dire «de la nation», M. le Président, mais ce sera pour une autre fois.

Le Président (M. Copeman): Oui, mais ce serait un sous-amendement en plus...

Mme Harel: La nation sociologique ou politique?

M. Couillard: ...

Mme Harel: Vous n'avez pas entendu M. Dion, vous, hein? Il y a juste une nation: la nation canadienne...

Le Président (M. Copeman): Mais il y a juste un amendement aussi. Alors, pouvons-nous disposer de l'amendement?

M. Couillard: Bien, moi, j'aimerais ça, M. le Président.

Mme Harel: Oui. Alors donc, M. le Président, le ministre peut requérir que le prestataire lui fournisse des statistiques par établissement...

M. Couillard: Non nominalisés.

Mme Harel: ...par région ou pour l'ensemble du Québec, ce que j'apprécie, moi, j'apprécie beaucoup l'amendement. On reviendra finalement à la question qu'on continue de se poser, c'est: Quelle est la liaison entre le DSP et le ministre? D'accord.

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Alors, discussion, ma foi, un peu plus large sur l'article 16 tel qu'amendé.

Mme Harel: Alors, vous permettez, M. le Président, je reviens avec la question autre que celle, là, que je viens de poser. Puisque, dans l'amendement, on a

convenu que le ministre pouvait demander au prestataire des informations dénominalisées par établissement, par région ou pour l'ensemble du Québec, pourquoi ne fait-il pas la même chose au premier paragraphe de l'article?

M. Couillard: Premier alinéa.

Mme Harel: Le premier alinéa. C'est-à-dire: Lorsque le ministre estime que le temps d'attente pour obtenir un service médical spécialisé dans l'ensemble du Québec, dans l'une de ses régions ou dans un établissement...

M. Couillard: Parce que ce qu'on me dit, c'est: Quand on dit «dans l'une de ses régions», ça implique nécessairement les constituants de la région qui sont les établissements. Donc, ça peut être un ou plusieurs établissements. Parce que le portrait qu'on va avoir au niveau de la région va être le portrait des établissements de la région.

Mme Harel: Oui. Mais ça peut très bien n'être que dans un seul établissement. «Dans l'une de ses régions», c'est une des 16 régions. Ce n'est pas un établissement dans l'une de ces régions, c'est «dans l'une de ses régions». Avec un «ses», c'est une des régions du Québec.

M. Couillard: Alors, ce qu'on indique, c'est — et je vais citer au texte mes collègues — qu'on réserve l'utilisation de l'armada totale pour les cas de déséquilibres régionaux. On ne sortira pas ça pour un établissement particulier parce qu'on s'attend que la région fasse le travail et l'établissement fasse le travail.

Mme Harel: Bon. C'était ma crainte, justement. Bon. Enfin...

Une voix: Le chat est sorti du sac.

Mme Harel: Le chat est sorti du sac.

M. Couillard: Il n'y pas de chat, il n'y a pas de sac, là. Mais n'oubliez pas qu'au terme du processus ça va permettre d'acheter des services puis que ça va pouvoir s'appliquer à un établissement puis même à un petit groupe d'usagers. Je pense qu'il ne faut pas non plus introduire dans la loi de santé et services sociaux une philosophie qui n'est pas là justement, maintenant, à dessein, là, où c'est le ministre qui gère des établissements individuellement. Il ne faut pas faire ça.

Une voix: ...pense pas que c'est ça.

M. Couillard: Mais c'est ce qu'on va faire. Parce que, si on dit que le ministre va voir directement dans l'établissement en tout temps ce qui arrive, c'est ce qu'on crée, c'est ce qu'on crée comme perception et comme réalité, puis il ne faut pas faire ça. Le ministre intervient quand il y a un problème systémique, un problème d'orientation. Mais, au niveau de l'établissement, c'est l'établissement qui agit; au niveau de l'agence, c'est l'agence qui agit au niveau de ses établissements, d'après les directives qui ont été formulées par le ministère.

Mais ne pas créer une ambiance où la perception... ou la réalité législative qu'on gère les établissements à partir de Québec. Ça fait, je dirais, depuis 15 ans qu'on essaie de se libérer de ça, depuis la régionalisation, là. Il y a eu d'abord la tentative des conseils régionaux, puis ensuite des régies régionales, en 1990. On essaie justement de créer une situation plus normale où les établissements ne sont pas gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

● (17 h 20) ●

Mme Harel: Moi, je vous pose le problème, la problématique récente dont on m'a parlé, là, aujourd'hui. D'abord, un courriel d'Abitibi faisant valoir la difficulté, là, de la situation qui pourra survenir si les orthopédistes, dont le Dr Bellemare et d'autres, d'Amos, mettent à exécution les annonces qu'ils ont faites. Vous savez qu'il y en a trois, orthopédistes, qui s'en vont. Alors, dans un cas comme celui-là, qu'est-ce qui va arriver? Bon. Ça, on m'a parlé de l'Abitibi, là, je l'ai laissé au bureau, mais c'était maintenant. Au Lac-Saint-Jean, on m'a dit qu'il y avait un couple, orthopédistes, les deux sont spécialistes et ils sont en train de faire des démarches pour quitter. Il arrive quoi dans des situations comme celles-là?

M. Couillard: Bien, c'est les corridors de services. La même chose qui se produit avec l'hématologie actuellement, qu'on voudrait bien régler. Ça se règle par les corridors de services avec une autre région ou par un établissement de la même région. On souhaite d'abord que les médecins restent, là, au premier chef, mais, s'ils finissent par quitter, bien il faut mettre en place des corridors de services. Ça ne change pas grand-chose, mais, dans un cas semblable, ça va rendre l'utilisation des corridors de services beaucoup plus fréquente qu'elle ne le serait si l'effectif était complet.

Mme Harel: Vous voyez, ici, dans le projet d'article... dans le projet de loi, là, en fait le DSP va proposer une offre alternative, mais son terrain de jeu est assez étroit. Il propose une offre alternative dans son propre corridor de services.

M. Couillard: Il propose une offre d'abord dans son établissement, ensuite dans un autre établissement de la région — tout ça va être déterminé par des règles administratives, là, qui vont encadrer tout ça — éventuellement par une autre région au moyen des corridors de services et notamment des réseaux universitaires intégrés de santé. D'ailleurs, c'est comme ça que ça se fait déjà de façon spontanée à gauche, à droite. Ce qu'on fait, c'est qu'on le formalise.

Mme Harel: Alors, le DSP, lui, n'offre que dans son circuit.

M. Couillard: C'est-à-dire que...

Mme Harel: Son propre établissement, ou un établissement de sa région, ou un établissement de son corridor de services.

M. Couillard: On dit, à la fin de l'alinéa: «...défini en application du paragraphe 3° du premier

alinéa [...] et des corridors de services établis par l'agence». Donc, il a accès à toutes les options qui sont établies notamment au niveau de l'agence et des réseaux universitaires intégrés de santé.

Mme Harel: Donc, c'est par son agence régionale.

M. Couillard: Bien oui, il faut que ça passe par là, certainement.

Mme Harel: Bon. Ça veut dire qu'il reste dans sa région, en fait.

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire qu'il peut...

Mme Harel: C'est son propre établissement, ou un établissement, disons, voisin, ou son corridor de services défini par l'agence en fait, dans son circuit.

M. Couillard: Regardez, on dit à l'alinéa précédent: «...les agences, en collaboration avec les réseaux universitaires intégrés de santé, [revoient] les corridors de services». Alors, les réseaux universitaires intégrés de santé, ils ont une couverture suprarégionale.

Une voix: ...

M. Couillard: C'est dans le deuxième alinéa de l'article.

Mme Harel: Mais ça dit quoi? Ça dit que l'agence va, en collaboration avec les RUIS, là...

M. Couillard: Les RUIS ont, par définition, une zone de desserte qui est suprarégionale. Donc, ils interviennent dans la définition de la partie suprarégionale ou interrégionale des corridors, incluant la référence jusqu'au centre universitaire, là, à partir duquel les RUIS sont gérés.

Mme Harel: Mais admettons que le ministre ne gère pas les établissements mais que manifestement, dans un établissement, il y a un problème qui vient du fait, par exemple, du départ, disons, d'une équipe, là. En Abitibi, c'est pour le 1er janvier, hein? Ils ont annoncé leur départ pour le 1er janvier.

M. Couillard: Un instant. C'est-u en vertu de la fameuse assurance responsabilité?

Mme Harel: Non.

M. Couillard: Non, c'est autre chose?

Mme Harel: Oui. Un s'en va au Nouveau-Brunswick, un autre prend sa retraite à 67 ans, puis le troisième, le plus fâché, là, le Dr Bellemare, lui, il cherche pour s'en aller, là.

M. Couillard: Parce qu'en passant, petit à-côté, j'étais dans cette région-là il y a quelque temps, puis on me faisait remarquer que, compte tenu des suppléments de facturation dans ces régions-là, les médecins spécialistes,

là, ils l'ont, la parité de rémunération. En pratique, ils l'ont, la parité de rémunération. Je veux juste ajouter ça, là, au tableau que vous brossez. Maintenant, il peut y avoir d'autres raisons pour lesquelles les médecins veulent quitter. On trouvera des moyens, j'espère, de les retenir, puis sinon de les remplacer.

Mme Harel: ...la parité avec l'Ontario?

M. Couillard: Avec la moyenne canadienne.

Mme Harel: Du fait du volume?

M. Couillard: Non, du fait qu'ils ont des rehaussements de leur rémunération, par exemple, à 135 % de rémunération. Ça fait que vous avez des revenus qui sont très, très importants, là, dans les régions. En fait, on gagne plus à être orthopédiste à Amos qu'à Montréal.

Mme Charest (Rimouski): Ou qu'à Rimouski, voyons. Moi, je regarde à la page 5 de notre document, il y a: Les directives du ministre peuvent comprendre l'obligation pour tout établissement concerné par la dispensation du service médical spécialisé visé d'ajuster en conséquence les modalités de fonctionnement de son mécanisme central de gestion de l'accès à ce service de même que la nécessité pour les agences de revoir les corridors de services. Mais les agences, est-ce qu'elles n'ont pas un rôle de coordination de ces modes de gestions là? Et il me semble qu'on ne le voit pas beaucoup dans ce qu'on étudie.

M. Couillard: Avec la loi n° 83 puis la redéfinition de la gouverne, on a défini là-dedans les — on pourrait ressortir les articles — missions des agences régionales, là, et la question des corridors de services puis de l'équilibre intrarégional. Mais les RUIS ont également des mission suprarégionales.

Mme Charest (Rimouski): Et par rapport aux mécaismes de gestion des listes d'attente?

M. Couillard: Bien, ça se fait dans l'établissement. Ça se fait dans l'établissement.

Mme Charest (Rimouski): Oui. Puis, quand ça ne marche pas dans l'établissement, il faut qu'ils aillent...

M. Couillard: Là, ils recourent à leur agence.

Mme Charest (Rimouski): ...dans d'autres établissements?

M. Couillard: Et ils recourent à leur agence pour ça.

Mme Charest (Rimouski): Mais ils procèdent en recourant...

M. Couillard: À travers l'agence.

Mme Charest (Rimouski): ...à l'agence, et l'agence, avec l'établissement concerné, consulte d'autres établissements de la même région.

M. Couillard: Mais probablement qu'ils auront préarrangé des corridors de services avec tel ou tel établissement, ce qui va faire que ça va se faire sans que ce soit nécessaire de le voir.

Mme Charest (Rimouski): Parce que, si je prends ça concrètement, bon, Rimouski a son système de gestion. S'il y a un problème irrécyclable à l'intérieur de l'établissement, avec l'agence il peut valider est-ce qu'il peut utiliser les services soit de Matane soit de Rivière-du-Loup.

M. Couillard: Oui.

Mme Charest (Rimouski): Et là il y a... C'est parce qu'avant de dire: On s'en va à Matane ou on l'envoie à Rivière-du-Loup, l'agence va avoir validé si le système de gestion de Rivière-du-Loup permet d'accueillir...

M. Couillard: Est capable d'accueillir la personne. C'est ça, oui.

Mme Charest (Rimouski): ...ce patient-là pour cette chirurgie-là.

M. Couillard: D'ailleurs, ça s'est fait récemment et, quand il y a eu le problème de radiologie, là, il y a eu beaucoup de collaboration entre les deux établissements, entre Rimouski et Rivière-du-Loup. Et puis, si, dans les deux cas, ce n'est pas possible, bien là il faut passer dans une autre région. Et ça c'est le RUIS de Laval...

Mme Charest (Rimouski): Parce qu'ils ne passent pas d'établissement à établissement, ils vont passer établissement, agence puis l'agence...

M. Couillard: Bien, le patient, lui, il ne passe pas par l'agence, là, il attend d'aller à l'autre.

Mme Charest (Rimouski): Non, le patient, lui, il attend que l'établissement lui dise.

M. Couillard: C'est ça. Mais c'est l'agence qui va avoir déterminé les corridors de services puis les solutions intrarégionales de remplacement.

Mme Charest (Rimouski): C'est parce que, quand c'est établissement par établissement, là, dépendamment qui parle à qui, des fois ça marche puis ça marche très bien, mais parfois ça ne marche pas du tout. Alors, c'est pour ça que je questionne pour savoir si l'établissement concerné, il a l'obligation de passer par l'agence. Parce qu'elle, l'agence, elle est obligée de parler à tout le monde. Et elle s'organise pour que les corridors de services, dans une région donnée, fonctionnent.

M. Couillard: L'agence est peut-être actuellement même déjà en train d'organiser ces corridors de services là, puis ils vont dire d'avance aux gens: Écoutez, quand vous avez un problème pour telle chirurgie, la première chose que vous devez faire après avoir essayé dans votre établissement, écoutez, voyez avec Rivière-du-Loup ou voyez avec Matane dans un ordre...

Mme Charest (Rimouski): Je donnais ça comme exemple, je ne dis pas que c'est ça le problème, là.

M. Couillard: Mais je peux donner... C'est un bon exemple. Par ailleurs, il y a déjà au moins une région qui a indiqué qu'elle disposait de capacités pour accueillir, recevoir des patients d'autres régions, le Saguenay—Lac-Saint-Jean.

Mme Charest (Rimouski): Avec le Dr Bolduc, qui, lui...

M. Couillard: Il n'y a pas juste le Dr Bolduc, Chicoutimi également...

Mme Charest (Rimouski): ...et son équipe, là.

M. Couillard: Pas juste à Alma, Chicoutimi également.

Mme Charest (Rimouski): Ah! O.K.

M. Couillard: Ils ont vraiment des bons résultats et ils se sont déclarés publiquement prêts à recevoir des gens d'autres régions comme la Côte-Nord, par exemple, ou d'autres régions voisines.

Mme Harel: Ils sont fâchés à Chicoutimi. Ils sont fâchés parce qu'ils n'ont pas reçu aucune contribution du montant de 16 millions qui a été ajouté pour faciliter les urgences. Ils ont émis un communiqué à Chicoutimi.

M. Couillard: Ma vie est faite de gens fâchés, M. le Président. Que voulez-vous?

Mme Harel: Vous connaissez le vieil adage? Si votre colonne d'ennemis dépasse votre colonne d'amis, là, là...

M. Couillard: Dans la santé, on est réaliste quant à l'objectif qu'on se fait des colonnes d'amis, et mes prédécesseurs seraient là pour le confirmer aujourd'hui, j'en suis certain.

Mme Harel: Vous connaissez le triste sort de vos prédécesseurs à partir de Marc-Yvan Côté.

M. Couillard: Ah bien! La vie politique, c'est ça. La vie politique, c'est ça. L'important, c'est de faire son travail honnêtement puis de mettre le plus d'énergie possible. Le 16 millions, on l'a réparti pour les régions qui avaient le plus de problèmes actuellement d'engorgement. L'engorgement n'est pas au même niveau, et, plutôt que de faire du saupoudrage puis en envoyer un peu partout, là, on a préféré avoir des efforts significatifs dans certaines régions, dont d'ailleurs Lanaudière et donc le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.

Mme Harel: Je comprends. Il y a plus de monde aujourd'hui dans l'unité de débordement que de lits autorisés dans l'urgence.

M. Couillard: C'est la même chose dans la Cité de santé de Laval depuis des années.

Mme Harel: Des années? Non, non, non. Écoutez, la Cité de santé de Laval, ils ont construit leur roulotte, là, en 2004.

M. Couillard: Regardez les unités de débordement. On se promène là-dedans depuis des années.

M. St-André: On n'insistera jamais assez pour dire que ce n'est pas parce que ça fait des années qu'une situation dure qu'elle est acceptable.

● (17 h 30) ●

M. Couillard: On a même dit, nous, que c'était une bonne façon de gérer l'urgence si c'était fait correctement puis dans des bonnes conditions, raison pour laquelle, comme a vérifié la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, on est en train de faire la tournée de ces endroits-là et d'apporter les correctifs là où ils sont nécessaires. Et, en passant, ils ne sont pas nécessaires partout, parce qu'il y a de ces unités qui sont bien gérées puis bien installées également.

Mme Harel: Il faut qu'ils soient comptabilisés.

M. Couillard: Oui, je suis d'accord. D'ailleurs, la Cité de la santé de Laval le fait. Ça a toujours été comme ça. Si vous allez voir sur le site Internet, depuis le temps que je me souviens, là, il y a des patients à l'urgence puis des patients à l'unité de débordement. Il n'y a pas de problème avec ça.

Le Président (M. Copeman): Toujours à l'article 16 tel qu'amendé.

M. Couillard: Bien, oui, c'est vrai.

Mme Harel: Oui. Moi, c'est peut-être la logique, là, mais comment, au premier alinéa, le ministre peut-il estimer que le temps d'attente est «déraisonnable ou sur le point de le devenir», mais estimer qu'il est déraisonnable — il se peut qu'il soit devenu — puis ensuite prendre toutes les mesures nécessaires pour que le service soit «accessible à l'intérieur du délai qu'il juge raisonnable»? Donc, il est d'abord déraisonnable...

M. Couillard: Non, non, attention, «ou sur le point de le devenir».

Mme Harel: Oui, c'est «ou», ce n'est pas...

M. Couillard: Oui, mais il est certain que, dans un système de santé aussi vaste que celui du Québec, il y a des situations — d'où l'importance d'avoir l'information — où, lorsqu'on va prendre conscience de l'information, la situation sera déjà celle qui doit être corrigée, d'autres cas où c'est sur le point de le devenir. On prévoit les deux.

Mme Charest (Rimouski): Déraisonnable, ça veut-u dire qu'il a dépassé le délai médicalement requis?

M. Couillard: Ou délai raisonnable, on englobe les deux, là, parce que ça peut être un délai raisonnable tout simplement.

Mme Charest (Rimouski): Il peut avoir dépassé le délai de six mois, par exemple.

M. Couillard: Ou sur le point de le devenir, mais ce n'est pas parce qu'on aura dû décider qu'on tolère que ce soit plus de six mois, c'est parce qu'on aura découvert le problème en faisant la collecte d'informations puis on se sera rendu compte que, par exemple, dans cet établissement, il y a 30 %, 40 % des gens qui dépassent le délai de six mois, et donc qu'on doit agir.

Mme Charest (Rimouski): Ça va être quoi, le délai, là, pour le temps de réaction, là?

M. Couillard: Bien, c'est toujours la même chose, ça dépend beaucoup de la validité des outils de technologie d'information qui sont disponibles. C'est pour ça qu'avec hanche, genou, cataracte en même temps on veut déployer, pour ces trois chirurgies-là, des bons logiciels et des bonnes façons de gérer. C'est pour ça qu'il ne faut pas le faire pour l'ensemble des procédures, parce que ça va être une cacophonie invraisemblable. Mais, si on déploie les outils logiciels d'information pour les trois premières chirurgies, par la suite ils peuvent être adaptés à toute circonstance.

Mme Harel: M. le Président, si le ministre veut être conséquent avec les orientations gouvernementales, ses orientations ministérielles, la consultation qui a été menée en commission parlementaire le printemps prochain, il va accepter que le temps d'attente estimé déraisonnable ne soit pas retenu, que ce soit le temps d'attente sur le point de devenir déraisonnable.

M. Couillard: Ce serait ça dans un monde idéal. Dans un monde idéal, on voudrait que tout aille bien tout le temps. Mais, dans la réalité, il va y avoir des cas où on va s'en rendre compte après que ce soit le cas, et on doit pouvoir agir aussi. Alors, il faut prévoir les deux circonstances.

Mme Charest (Rimouski): À ce moment-là, ça veut-u dire que la validation des listes est trop longue? Parce que, si c'est trop long, on peut peut-être raccourcir ces délais-là, ça fait qu'on aurait moins de cas qui auraient dépassé les délais... qui seraient dans des délais déraisonnables.

M. Couillard: D'où la nécessité d'obtenir des outils de technologie de l'information puis de les déployer en même temps qu'on étend la garantie d'accès ou le mécanisme de gestion d'accès. Comme on dit, ça ne se fait pas en criant ciseau.

Mme Harel: Oui, mais, là, vous avez mis tellement de balises, là. D'abord, ce sera juste genou, hanche, cataracte en partant, genou, hanche, cataracte. Et vous savez que, genou, hanche, cataracte, vous y arrivez à l'intérieur de délais raisonnables. Bon. Alors ça, c'est un dispositif qui va durer, disons, après vous.

M. Couillard: C'est-à-dire que j'espère que ça va durer après moi. Mais, dans un article subséquent, on va voir qu'on met deux ans, on fixe à deux ans la durée d'implantation pour l'ensemble du processus. Alors, on aurait pu dire: Cinq ans, 10 ans, 15 ans, là, ou ne pas indiquer de date. Le fait qu'on indique deux ans va mettre énormément de pression sur le réseau pour développer rapidement tout ça.

Mme Harel: Donc, d'abord, une balise, c'est deux ans. Ensuite de ça, c'est simplement réservé aux chirurgies hanche, genou et cataracte.

M. Couillard: C'est toujours ce qu'on a dit.

Mme Harel: Alors, mais, compte tenu de toutes ces balises, je pense que d'introduire que les délais peuvent être déraisonnables avant que le ministre interviene, c'est déraisonnable.

M. Couillard: Bien, c'est la réalité.

Mme Harel: Et je pense, M. le Président, que je vais déposer un amendement.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que vous le pensez ou êtes-vous certaine?

Mme Harel: Je suis certaine.

Le Président (M. Copeman): Très bien.

Mme Harel: Qui va se lire comme suit: Au premier alinéa de l'article 431.2, proposé par l'article 16 du projet de loi, remplacer ce qui suit: «déraisonnable ou sur le point de le devenir» par ce qui suit: «sur le point de devenir déraisonnable».

M. Couillard: Ça ne marche pas, votre affaire. Parce que, si c'est de même, on ne peut pas agir quand ils sont devenus déraisonnables.

Mme Charest (Rimouski): ...agir avant que ça devienne déraisonnable.

M. Couillard: Bien oui, dans un monde idéal. Mais dans un monde réel, là...

Mme Charest (Rimouski): Mais, à ce moment-là, on ne peut pas parler de garantir l'accès, si on ne respecte pas les délais.

M. Couillard: On parle de la réalité. Je vous ai indiqué tantôt que, lorsqu'on fait ces mécanismes-là partout dans le monde, on indique les cibles, par exemple, de 90 % de patients traités à l'intérieur de la cible x. Alors, ça n'a pas de sens de dire que c'est seulement quand les délais pourront le devenir qu'il faut agir. Il faut pouvoir agir en tout temps, y compris après coup si on s'aperçoit qu'il y a eu un problème dans un établissement. En tout cas.

Le Président (M. Copeman): Alors, l'amendement est recevable.

M. Couillard: Hélas!

Le Président (M. Copeman): Voulez-vous réagir à froid, M. le ministre, ou vous voulez attendre?

M. Couillard: À froid, à tiède ou à chaud, là. En plus, au début de tout ça, là, il va y avoir un lot de patients qui sont déjà en délai déraisonnable. Au début, là, quand on va commencer, là, il y a, comme on dit, une accumulation de patients qui sont déjà dans un épisode de délai déraisonnable.

Mme Harel: Pas pour les hanches, genoux et cataractes?

M. Couillard: Ah! Il y en a quand même. Il y a un très grand pourcentage de gens qui sont traités dans les délais, mais ce n'est pas 100 %, là, si vous regardez les... Bien, on est proches. Pour les cataractes, je dirais que probablement qu'on est là; hanche, genou, non, notamment à Montréal. Mais, si vous insistez pour le dire, ça me fait plaisir que vous le disiez.

Mme Harel: Bien là, on est dans une dynamique inverse de la dynamique habituelle.

M. Couillard: Bien, je l'ai dit l'autre jour que je trouvais ça un peu jovialiste comme...

Mme Harel: On est dans une logique dont on n'a pas l'habitude, là. Parce que je regardais pour chacune des agences régionales qui s'est présentée en commission parlementaire, et systématiquement je faisais la reddition de comptes. Il y avait, au bout de la ligne, pour l'ensemble du Québec, là, 34 000 personnes hors délai, et c'était pour des chirurgies d'un jour, et surtout chirurgies d'un jour, et chirurgies avec hospitalisation. Mais, à 98 %, dans les statistiques des agences qu'on a auditionnées, il n'y avait plus de hors délai pour genou et cataracte.

M. Couillard: Ce sont des délais moyens, ça veut dire qu'il y a encore... Regardez sur la colonne du schéma auquel vous vous réferez, là, vous allez voir les nombres absolus de personnes hors délai de plus de six mois. Il y en a encore, là, probablement plusieurs centaines de patients, là, pour chacune des deux procédures. Si vous regardez chaque région, l'ensemble des cas, effectivement les délais moyens sont bien en bas de six mois, de sorte qu'on peut dire probablement qu'il y a un bon pourcentage des gens qui sont traités dans les délais, mais pas tous et pas pareil dans toutes les régions.

Mme Harel: Mais je ne regardais pas les statistiques en moyenne, pourcentage, je regardais le nombre de personnes.

M. Couillard: Il y en a encore, même pour les cataractes. Évidemment, les cataractes, c'est un petit nombre par rapport à un gros volume de chirurgies, alors ce n'est pas grand-chose. Mais hanche, genou, et surtout pour genou... On a plus de problèmes avec genou qu'avec hanche. Regardez les couleurs, là, sur le tableau, là, vous allez voir les nombres absolus de

personnes. Alors, il va y avoir donc, dès le début, quelques centaines de personnes auxquelles il va falloir d'emblée offrir des solutions. Et il faut pouvoir le faire parce qu'ils ont déjà un délai déraisonnable.

Mme Harel: ...deux ans.

M. Couillard: Non. Hanche, genou, cataracte, c'est tout de suite.

Mme Harel: C'est tout de suite en vertu du projet de loi?

M. Couillard: Bien oui, parce qu'on va commencer d'emblée, dans les mises en vigueur... Vous allez voir les articles de mise en vigueur.

Mme Harel: Quand prévoyez-vous la mise en vigueur, hanche, genou, cataracte?

M. Couillard: Quand prévoyons-nous la mise en vigueur? Probablement autour du printemps, là, le temps que les gens déploient les systèmes et...

Mme Harel: Il n'y a pas de date?

M. Couillard: Bien, on va le déterminer, là, c'est autour de ça. Il faut qu'on vérifie avec les établissements, on fait ça avec eux, là.

Mme Harel: Et vous allez le déterminer...

M. Couillard: Bon. Disons que, par exemple...

Mme Harel: ...au moment où on adopte la loi ou...

● (17 h 40) ●

M. Couillard: Oui. Il va y avoir une mise en vigueur puis il va y avoir une mise en vigueur progressive de la gestion en commençant par les trois chirurgies, puis on va indiquer la date. Prenons, par exemple... Disons que c'est le 15 mars pour hanche, genou, cataracte. Bien, le 15 mars, c'est certain qu'au Québec, cette journée-là, il va y avoir plusieurs patients, pas énorme, énorme par rapport au volume de chirurgies, mais plusieurs patients qui sont hors délai pour hanche, genou surtout, pas beaucoup pour cataracte, mais hanche, genou. Et, ces gens, il faut leur offrir une solution dès le début. Donc, si on dit qu'on intervient seulement lorsque le délai peut devenir déraisonnable, bien qu'est-ce qu'on fait avec les gens qui soit sont là au début de l'installation de la procédure ou en cours de route dont on constate rétrospectivement... Parce que, dans les sociétés humaines, ça arrive qu'on constate le problème après coup. On en a chaque année des exemples. Il faut pouvoir intervenir aussi.

M. St-André: Un des objectifs qui est poursuivi justement par le ministre, c'est de faire en sorte qu'il n'y ait plus de délais déraisonnables. Alors, au fond, la mise en place d'un mécanisme sur la gestion de l'accès, c'est d'identifier les problèmes avant qu'ils se produisent.

M. Couillard: Oui, le plus possible...

M. St-André: Bon.

M. Couillard: ...mais également pouvoir agir lorsqu'ils sont là, les problèmes.

M. St-André: Non, mais bien sûr.

M. Couillard: C'est une société d'êtres humains qu'on a là, là, hein?

M. St-André: Bien sûr. Ça, je pense que le reste de l'article est très clair à cet égard-là. Mais, moi, je pense que l'objectif de mettre en place un mécanisme de gestion d'accès, c'est de faire en sorte d'identifier le problème avant qu'il se produise.

M. Couillard: Mais bien sûr, mais ça n'empêche pas d'identifier le problème après puis d'agir également. Tu sais, on ne peut pas se bloquer ça, là. Un exemple de patients au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur...

M. St-André: Oui.

M. Couillard: ...de radiologie, si on décidait de mettre ça en place, là, avec les chiffres que vous citez régulièrement, il y a beaucoup de gens qui sont déjà en période d'attente déraisonnable.

M. St-André: Mais je comprends donc!

M. Couillard: Bon. Bien voilà, vous le confirmez. Donc, il faut qu'on puisse agir pour ces personnes-là dès le début.

M. St-André: Puis je comprends que, si votre mécanisme avait été en place, on l'aurait su déjà il y a deux ans qu'il y a des problèmes à l'Hôpital Le Gardeur.

M. Couillard: Ah bien! C'est pour ça que vous suggérez des problèmes et que vous les signalez, puis d'ailleurs qu'on va faire une vérification auprès de cet hôpital pour voir de quoi il s'agit exactement, puis on n'est pas à la veille de faire ça pour l'imagerie, comme je l'indiquais, mais c'est un exemple du fait qu'on ne peut pas se fermer les solutions. Je comprends ce que vous voulez donner comme message avec l'amendement...

M. St-André: Oui.

M. Couillard: ...mais en pratique ça ne marchera pas. Parce que vous empêchez l'intervention dans des cas qui sont des cas réels de toute société, là, où on se rend compte d'un problème malheureusement parfois après qu'il se soit produit.

M. St-André: Je trouve que le ministre vient de dire là quelque chose d'important: il comprend ce qui nous motive à présenter l'amendement. Alors, pourquoi ne pas le formuler de telle sorte qu'on atteigne autant le...

M. Couillard: Parce que ça ne marchera pas. La seule façon de le formuler...

M. St-André: Je trouve que le ministre est fataliste un peu.

M. Couillard: Non, je ne suis pas fataliste. La seule façon de le formuler, c'est qu'on puisse intervenir en tout temps, bien sûr le plus souvent possible avant que les délais deviennent déraisonnables, mais également si on se rend compte a posteriori que les délais le sont devenus. On ne peut pas limiter ça à une des deux hypothèses, là. Ce serait aussi illogique de dire: Seulement après. On pourrait faire l'inverse, on pourrait dire: Seulement lorsqu'il juge que, oup, regarde donc ça, les délais sont déraisonnables, il intervient. Mais on dit en plus: Au moment où ils pourraient le devenir.

M. St-André: J'avoue néanmoins que j'ai un problème avec le propos du ministre dans la mesure où il me semble que ce qu'on poursuit, l'objectif qu'il poursuit avec son projet de loi, c'est de faire en sorte, en mettant en place un mécanisme de gestion d'accès, qu'il n'y aura plus de délai déraisonnable. Puis là il nous dit: Ce n'est pas possible, il va y en avoir de toute façon. Mais je m'interroge: À ce moment-là, qu'est-ce qu'on fait ici, là?

M. Couillard: Mais il faut qu'on puisse vérifier. La confiance n'exclut pas le contrôle. Je répète le grand principe, hein? Il faut qu'on vérifie ce qui se produit dans les établissements, puis il va y avoir des situations, dans deux ans, dans cinq ans, dans 10 ans, dans 20 ans, où on va se rendre compte qu'une norme x du ministère, que ce soit celle de l'accès ou une autre — on l'a vu récemment dans un autre cas — a posteriori on va se rendre compte que cette norme n'est pas bien suivie. Alors, il faut qu'on puisse intervenir, pas uniquement lorsqu'on pense qu'elle pourrait ne pas être suivie.

M. St-André: Oui, puis il faut se donner des outils pour pouvoir intervenir, notamment des outils informationnels. On est d'accord, de ce côté-ci, du principe, là. Mais, à partir du moment où on se donne un outil qui nous permet d'identifier rapidement les problèmes, on devrait être capable d'agir dans des temps appropriés aussi.

Mme Charest (Rimouski): Puis on ne devrait pas permettre un laxisme potentiel. Parce que, tel que formulé présentement, ça veut dire que les établissements pourraient dire: Il n'y a pas de problème, même si on n'arrive pas dans les délais raisonnables, on peut aller jusque dans les délais déraisonnables parce qu'après coup la loi le permet.

M. Couillard: Ce n'est pas vrai, parce qu'on indique «sur le point de le devenir».

Mme Charest (Rimouski): Alors, on donne du délai, de la laxité...

M. Couillard: Non, c'est faux, c'est faux...

Mme Charest (Rimouski): ...je ne sais pas comment dire ça...

M. Couillard: Du laxisme. Ce n'est pas ce que le projet de loi dit. Parce que, dans le premier alinéa, on parle des délais qui pourraient le devenir, et, dans l'alinéa où on parle du responsable du mécanisme

central de gestion, on dit que le patient ne pourra obtenir un service à l'intérieur du délai, pas qu'il n'a pas obtenu un service à l'intérieur du délai. La même chose également pour que le but final de tout ça soit de permettre d'obtenir le traitement à l'intérieur des délais raisonnables. Ça n'empêche pas la réalité des faits qu'il y aura des situations où on va dépister... D'abord, au début, il y aura des situations rétrospectives à régler et, en cours d'exercice, au cours des prochaines années, il y aura des situations qu'on va découvrir ou sur lesquelles il faudra intervenir a posteriori. Alors, c'est pour ça que je pense que l'article est bien rédigé de cette façon.

Mme Harel: M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Ce qui est quand même étonnant, c'est que, dans le cas du DSP... Je ne sais quel alinéa, là, ça représente, là, celui qui commence par: «Le responsable du mécanisme central de gestion...» Dans le cas donc du DSP...

Une voix: À la page 6.

Mme Harel: ...à la page... oui, de nos travaux, là, alors lui ne pourrait pas agir lorsque le délai est devenu déraisonnable. Parce que la formulation est la suivante «qu'un usager ne pourra obtenir de l'établissement», donc ce n'est pas advenu.

M. Couillard: Il doit intervenir de façon prospective.

Mme Harel: Bon.

M. Couillard: Mais, au niveau du contrôle ministériel, il faut qu'on puisse intervenir également rétrospectivement.

Mme Harel: Attendez. Donc, il intervient de façon prospective, mais vous disiez, comme argument, que, si ce n'est pas indiqué, déraisonnable, vous ne pourriez pas régler le problème qui serait intervenu après le délai. Alors, le DSP, si votre argumentation tient, le DSP ne pourrait intervenir qu'avant que le délai déraisonnable soit atteint. Il ne pourrait plus après.

M. Couillard: Mais là je pense que, si on faisait ça, là, on affaiblirait l'article de façon importante. Je pense que le signal qui est donné aux établissements, là, c'est: Vous devez intervenir avant qu'on arrive au délai raisonnable, de façon à présenter une solution qui permet toujours au traitement d'être disponible à l'intérieur du délai jugé raisonnable. Mais, du côté du contrôle ministériel, il faut qu'on puisse identifier les situations qui vont se produire, là — on espère qu'elles ne seront pas fréquentes au cours des prochaines années — où un établissement, parfois, pas parce qu'il n'a pas voulu le faire mais parce que les événements ont fait en sorte que ça ne se produise pas, ne respecte pas les délais, où on peut demander la mise en place immédiate de mécanismes particuliers pour les gens qui sont hors délai.

Mme Harel: Mais on dit toujours que le plus comprend le moins. S'il arrive qu'un DSP ne puisse régler la situation avant que le délai ne soit atteint, le délai déraisonnable, est-ce qu'il va pour autant laisser tomber son intervention?

M. Couillard: Non, parce qu'il doit proposer immédiatement des alternatives avant. Regardez tout l'alinéa, là: «Le directeur des services professionnels propose alors et sans retard [...] une offre alternative de services qui tient compte — de tout — du réseau d'accessibilité [...] et des corridors de services [indiqués] par l'agence...», donc de tous les mécanismes que le ministère aura donnés d'avance comme normes et façons de gérer le problème, incluant la référence à des centres de médecins non participants ou hors Québec. Alors, ils auront tous les outils.

Mme Harel: On comprends que, s'il n'y arrivait pas et que le délai déraisonnable serait atteint, il poursuivrait quand même son intervention pour régler la situation.

M. Couillard: Bien oui. Bien...

Mme Harel: Ça vaut pour le ministre aussi: s'il n'arrive pas dans...

M. Couillard: Mais c'est parce que, si on donnait le message, pour l'établissement, qu'on peut également intervenir après le délai, là on affaiblirait beaucoup le mécanisme, là on créerait une situation où les gens diraient: Bon, bien, on va attendre que les délais soient passés puis ensuite on s'occupera de ça. Il faut donner un signal très clair dans l'article, au niveau de l'établissement, que l'action doit commencer à l'intérieur du délai lorsqu'on estime que les délais ne pourront pas être respectés et qu'on doit proposer les offres alternatives de traitement pendant cette période-là et non pas après.

Le Président (M. Copeman): M. le député de L'Assomption.

M. St-André: L'article 431.2 commence par la phrase: «Lorsque le ministre estime, compte tenu des standards d'accès généralement reconnus et après avoir effectué les consultations appropriées, que le temps d'attente pour obtenir un service médical spécialisé dans l'ensemble du Québec ou dans l'une de ses régions est déraisonnable ou sur le point de le devenir — puis c'est là que, nous, on introduit notre amendement — il peut, après avoir obtenu l'autorisation...»

À l'article 185.1, l'article 7, là on indique clairement qu'un plan d'organisation d'un centre hospitalier doit mettre en place un mécanisme central de gestion de l'accès. On prévoit, un peu plus loin, que la personne qui est responsable, dans ce centre hospitalier là, du mécanisme central de gestion de l'accès doit faire rapport au directeur général de l'établissement. Le directeur général de l'établissement, à tous les trois mois, doit faire rapport au conseil d'administration du centre hospitalier.

● (17 h 50) ●

Y a-tu un moment, à ce moment-là, où il est prévu... où l'établissement, le centre hospitalier doit faire rapport là-dessus au ministre? Comment on en arrive que le ministre estime qu'il y a un problème?

M. Couillard: Grâce à la possibilité d'obtenir des renseignements fournis par l'établissement au prestataire par le ministre à partir du prestataire par le ministère mais de façon dénominalisée, bien sûr.

M. St-André: ...qu'il manque quelque chose, là. On dirait qu'il n'y a personne qui est mandaté pour informer le ministère ou le ministre sur le mécanisme central d'accès.

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire que le ministre peut obtenir tous les renseignements qu'il désire ou qu'elle désire, là, au moyen des mécanismes de transmission d'information qu'on a mis en place, qui ne sont pas là actuellement, en passant.

Mme Harel: Le prestataire va-t-il vous faire rapport régulièrement comme autant le gestionnaire fait rapport, le directeur fait rapport au conseil d'administration, est-ce que le prestataire va vous faire rapport?

M. Couillard: Bien, ce qu'il faut... D'après moi, ce genre de choses là doit être dans les directives administratives. Il faut demander à l'établissement... indiquer la périodicité, par exemple, de la transmission d'information au prestataire et puis indiquer que le ministère va demander à une périodicité déterminée des informations des prestataires. Ça n'appartient pas à un texte législatif.

Mme Charest (Rimouski): La journée où le ministre va avoir rien à faire puis il va décider qu'il va regarder les listes d'attente puis voir si... on risque d'attendre longtemps. Alors, je pense qu'il faudrait mieux prévoir un mécanisme pour rajouter cette maille-là.

M. Couillard: Non, mais c'est déjà là, Mme la députée. Regardez, si on regarde le deuxième alinéa, là: «Le ministre peut requérir que les établissements concernés ou, le cas échéant, le prestataire choisi en application [...] lui fournissent, de la manière et dans les délais qu'il indique, ceux des renseignements recueillis en application [...] qui sont nécessaires pour lui permettre d'apprécier...» Alors, quelqu'un qui ne fixerait pas les délais, il ne s'acquitterait pas des obligations de la loi.

Le Président (M. Copeman): ...de l'amendement proposé par Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve?

Mme Harel: Par vote nominal.

Le Président (M. Copeman): Alors, il y a une demande de vote par appel nominal pour l'amendement proposé par Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Alors, est-ce que cet amendement est adopté? Mme la secrétaire.

La Secrétaire: Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve)?

Mme Harel: Pour.

La Secrétaire: Mme Charest (Rimouski)?

Mme Charest (Rimouski): Pour.

La Secrétaire: M. St-André (L'Assomption)?

M. St-André: Pour.

La Secrétaire: M. Couillard (Mont-Royal)?

M. Couillard: Contre.

La Secrétaire: Mme L'Écuyer (Pontiac)?

Mme L'Écuyer: Contre.

La Secrétaire: Mme James (Nelligan)?

Mme James: Contre.

La Secrétaire: M. Paquin (Saint-Jean)?

M. Paquin: Contre.

La Secrétaire: M. Reid (Orford)?

M. Reid: Contre.

La Secrétaire: M. Bernard (Rouyn-Noranda—Témiscamingue)?

M. Bernard: Contre.

La Secrétaire: M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Contre. Alors, l'amendement est rejeté. Est-ce qu'il y a d'autres discussions sur l'article? Est-ce que l'article 16, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'article 16, tel qu'amendé, est adopté?

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Merci. Est-ce qu'on ose considérer qu'il est 18 heures? Je vais peut-être vous laisser avec une petite citation? Ça fait une secousse. C'est assez court. Ce n'est pas... Mais, écoutez, vous le savez, il y a une petite neige qui est tombée ici, dans la capitale nationale. Alors, je vais essayer d'associer un peu nos travaux avec la neige. Puis j'ai trouvé la citation suivante du roman qui s'appelle *La plus que vive* de l'écrivain français Christian Bobin. Ça a été écrit en 1999. Je cite: «Si éclairants soient les grands textes, ils donnent moins de lumière que les premiers flocons de neige.»

Sur ce, j'ajourne les travaux de la commission sine die. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 54)