



Assemblée nationale
Québec

journal des Débats

COMMISSIONS PARLEMENTAIRES

Quatrième session - 32e Législature

**Commission permanente des affaires
sociales**

**Audition de personnes et d'organismes
sur la réglementation des établissements
découlant de la Loi sur les services de
santé et les services sociaux (2)**

Le jeudi 6 octobre 1983 - No 148

Président: M. Richard Guay

Table des matières

Corporation professionnelle des médecins du Québec	B-8001
Association des conseils des médecins et dentistes du Québec	B-8023
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	B-8037
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec	B-8047
Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec (FASSSQ)	B-8055

Intervenants

M. Hubert Desbiens, président

M. Pierre-Marc Johnson

Mme Thérèse Lavoie-Roux

M. Richard French

M. Jacques Rochefort

Mme Joan Dougherty

* M. Augustin Roy, Corporation professionnelle des médecins du Québec

* M. Pierre Saint-Georges, idem

* M. André Lapierre, idem

* M. Jacques Brière, idem

* M. Claude Farah-Lajoie, Association des conseils des médecins
et dentistes du Québec

* M. Marc-A. Bois, idem

* M. Jacques Laurent, idem

* Mme Jeannine Pelland-Baudry, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

* Mme Thérèse Guimond, idem

* M. Roger Leblanc, Association des pharmaciens des établissements
de santé du Québec

* M. Robert Létourneau, idem

* M. Daniel Fortin, Fédération des administrateurs des services de santé
et des services sociaux du Québec

* M. Robert Savard, idem

* Mme Nicole Dion, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 30 \$ par année pour les débats de la Chambre

30 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires

Chèque rédigé à l'ordre du ministre des Finances et adressé à

Éditeur officiel du Québec

Diffusion commerciale des publications gouvernementales

1283, boulevard Charest-Ouest

Québec G1N 2C9

Tél. (418) 643-5150

0,75 \$ l'exemplaire - Index 5 \$ en vente au

Service des documents parlementaires

Assemblée nationale

Édifice H - 4^e étage

Québec G1A 1A7

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

ISSN 0823-0102

Le jeudi 6 octobre 1983

**Audition de personnes et d'organismes sur la réglementation des établissements
découlant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux**

(Neuf heures quarante-trois minutes)

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

La commission élue permanente des affaires sociales reprend ses travaux pour entendre les personnes et les groupes intéressés à faire des représentations en regard de l'adoption de la réglementation sur l'organisation et l'administration des établissements découlant de la loi 27.

Les membres de la commission, aujourd'hui, sont: M. Boucher (Rivière-du-Loup), M. Brouillet (Chauveau), Mme Dougherty (Jacques-Cartier), Mme Harel (Maisonneuve), M. Johnson (Anjou), Mme Juneau (Johnson), Mme Lavoie-Roux (L'Acadie), M. Leduc (Fabre), M. Picotte (Maskinongé), M. Rochefort (Gouin), M. Sirros (Laurier).

Les intervenants sont: M. Beauséjour (Iberville), M. Bélanger (Mégantic-Compton), M. Bisailon (Sainte-Marie), M. Blais (Terrebonne), M. French (Westmount), M. Gravel (Limoulu), M. Hains (Saint-Henri), M. Lafrenière (Ungava), M. Laplante (Bourassa) et M. Marx (D'Arcy McGee).

Aujourd'hui, nous entendrons la Corporation professionnelle des médecins du Québec, l'Association des conseils des médecins et dentistes du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, la Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec.

L'horaire est le suivant: de 9 h 30 à 13 h 30. Étant donné les occupations et les obligations de chacun des membres de la commission, nous reprendrons les travaux à 19 h 30.

M. Johnson (Anjou): M. le Président, est-ce qu'on pourrait...

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

M. Johnson (Anjou): ...demander aux personnes qui, en vertu de l'horaire, doivent normalement comparaître ce soir - le premier groupe qui doit comparaître ce soir est, je pense, la corporation des infirmières, si je ne me trompe. C'est bien cela?

Le Président (M. Desbiens): L'Ordre des

infirmières.

M. Johnson (Anjou): C'est l'Ordre des infirmières, pardon. Est-ce que ses représentants pourraient être disponibles malgré tout en fin d'avant-midi, si jamais les choses allaient un peu plus rapidement que prévu? Il serait possible qu'on devance. Oui?

Le Président (M. Desbiens): Est-ce qu'il y a des représentants ou des représentantes de l'Ordre des infirmières et infirmiers?

M. Johnson (Anjou): Ils ne sont peut-être pas là. Est-ce qu'il y aurait un représentant de l'ASIAS ou de la Corporation des infirmières?

Le Président (M. Desbiens): On vous demande, s'il vous plaît, de vous tenir... Pardon? Donc, la Corporation professionnelle des médecins du Québec, Dr Roy, si vous voulez présenter les personnes qui vous accompagnent et nous faire part de votre mémoire, s'il vous plaît.

**Corporation professionnelle des
médecins du Québec**

M. Roy (Augustin): M. le Président, M. le ministre, MM. les membres et Mmes les membres de cette commission, au tout début de cette séance, permettez-moi de prendre une minute pour exprimer ma consternation à la suite du décès de M. Fabien Bélanger, député de Mégantic-Compton à l'Assemblée nationale, le comté voisin de mon pays d'origine. Je connaissais assez bien M. Bélanger, pour qui j'avais beaucoup d'admiration. Son décès prématuré illustre bien la fragilité de la nature humaine et, hélas! le fait que la médecine a encore beaucoup à apprendre pour en venir à maîtriser certaines maladies surnoises comme celle qui a terrassé presque subitement un homme en pleine possession de ses moyens. Aux membres de sa famille, à ses collègues, mes collègues et moi offrons nos plus sincères condoléances.

M. le Président, le mémoire que nous avons soumis et que vous avez entre les mains a été dactylographié en toute hâte - je ne dis pas en catastrophe - à cause des délais très courts mis à notre disposition. Il contient certaines fautes grammaticales et quelques oublis et erreurs de transcription;

nous nous en excusons. Nous vous ferons parvenir un texte revu et corrigé dans les plus brefs délais.

Cela étant dit, M. le Président, il me fait plaisir de vous donner le nom des personnes qui représentent la Corporation professionnelle des médecins du Québec devant cette commission. À ma gauche, le Dr Jacques Brière, secrétaire-général adjoint; à l'extrême droite, le Dr André Lapierre, également secrétaire-général adjoint, et, à ma droite, le Dr Pierre Saint-Georges, directeur de notre service de l'inspection professionnelle, qui sera le principal porte-parole de la corporation devant cette commission.

La Corporation professionnelle des médecins du Québec s'est fait entendre en décembre 1981 devant la commission permanente des affaires sociales sur le projet de loi 27 modifiant, entre autres, la Loi sur les services de santé et les services sociaux. C'est avec empressement qu'elle a accepté votre invitation à présenter son point de vue sur le projet de règlement sur l'organisation et l'administration des établissements qui découlent de cette même loi, projet publié dans la Gazette officielle du Québec le 10 août 1983.

En toute objectivité, nous désirons d'abord souligner que le projet de règlement soumis est de beaucoup supérieur au règlement actuel. Les amendements que nous suggérons ont pour but de l'améliorer davantage. Nous espérons que l'objectif de déréglementation poursuivi tout au long des étapes de l'élaboration de ce projet sera maintenu dans la version finale. Nous sommes totalement d'accord avec cette politique. De plus, nous croyons que ce projet respecte les objectifs que le ministre des Affaires sociales s'était fixés en modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, du moins en ce qui concerne la plus grande implication des médecins dans l'organisation et l'administration des centres hospitaliers, ce qui nous apparaît une condition sine qua non pour le bon fonctionnement de notre système de santé.

Plusieurs des amendements proposés par la corporation sont essentiels à la bonne organisation médicale des établissements. Nous tenons à ces amendements et espérons qu'ils seront bien reçus par les membres de la commission. Nous tenons à préciser immédiatement que la position de la Corporation professionnelle des médecins du Québec sur la départementalisation et particulièrement sur le département de médecine générale n'est pas une position de compromis. Les amendements que nous suggérons sur ces sujets sont le fruit de l'expérience acquise au cours des visites périodiques d'inspection professionnelle faites dans les centres hospitaliers de tout le

Québec depuis les treize dernières années et aussi des études faites sur la surveillance des internes et résidents au cours de leur garde dans les salles d'urgence et dans les unités de soins.

Enfin, nous constatons que le projet permet plus de versatilité dans l'organisation des établissements selon les objectifs respectifs. À cet égard, certains groupes de professionnels ont fait valoir publiquement que "les ressources professionnelles non médicales devraient être directement accessibles à l'ensemble des bénéficiaires sans biais ni chapeautage médical." Nous voulons commenter sommairement cette position en mentionnant que dans un système de soins médicaux tel qu'il existe dans les centres hospitaliers, il ne peut être question que l'organisation fasse fi des objectifs à poursuivre pour le patient, à savoir l'établissement d'un diagnostic et l'administration d'un traitement.

La profession demande que ces objectifs soient respectés dans les établissements où l'on administre les soins médicaux, ce qui n'empêche, par ailleurs, aucunement les établissements de services sociaux de poursuivre les objectifs qui leur sont propres. Il ne saurait non plus être question de subordination d'une profession à une autre, pas plus qu'il ne faudrait que les diverses professions poursuivent des objectifs diamétralement opposés. Nous croyons que, dans les faits, les professionnels collaborent bien et que le modèle proposé devrait encore améliorer cette collaboration par un encadrement souple selon les plans d'organisation comme le prévoit la loi et en évitant la création d'instances distinctes souvent paralysantes et toujours coûteuses. À notre avis, l'autonomie de chaque professionnel doit se vivre à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire existant dans chaque établissement. Dans le présent mémoire, nous avons regroupé nos commentaires autour des thèmes suivants: 1° le processus d'admission dans les établissements offrant des services de soins prolongés et en hébergement; 2° les départements cliniques dans un centre hospitalier de soins de courte durée; 3° le service médical dans les centres d'hébergement; 4° l'organisation médicale dans les centres locaux de services communautaires; 5° le pharmacien dans les établissements et 6° les recommandations sur des sujets variés, mais également d'importance. Sur ce, je cède la parole au Dr Pierre Saint-Georges qui va exposer notre position sur chacun des points que je viens de mentionner.

M. Saint-Georges (Pierre): M. le Président, M. le ministre, tenter de résumer un mémoire qui a été conçu d'une façon très concise est une opération hasardeuse. Je vais

plutôt tenter de faire ressortir les points qui, pour nous, ont de l'importance et qu'on voudrait souligner à votre attention.

Concernant le processus d'admission dans les établissements de soins prolongés et d'hébergement, comme la réglementation à l'article 33 ne précise pas qui assumera la responsabilité de fonctionnement de ce système et, compte tenu des diverses expériences qui existent particulièrement à Montréal et à Québec, l'objectif de la recommandation est de s'assurer de la prise de conscience des ressources régionales par la création d'un comité d'admission. On croit, de plus, que les dispositions de l'article 33 qui proposent que les demandes soient acheminées par d'autres organismes, à savoir les CLSC, les centres de services sociaux, sont, pour nous, superflues puisque leur étude, par le biais d'un comité d'admission régional, permettrait éventuellement de s'assurer de la régionalisation des services.

Quant aux demandes d'admission, il est bien évident que, dans certains de ces centres et particulièrement dans les centres de soins prolongés sûrement et dans beaucoup de centres d'hébergement, on y administre des soins médicaux. On a discuté fortement avant-hier de ce problème et nous croyons que, pour cette raison, lorsqu'on administre des soins médicaux, la demande d'admission devrait être faite par un médecin. Là aussi, le fait d'acheminer des demandes d'admission via les centres locaux de services communautaires ou d'autres organismes risquerait de doubler inutilement le travail d'évaluation fait préalablement à la demande d'admission. D'ailleurs, nous ne croyons pas que, malgré le fait que le CLSC soit l'unique porte d'entrée dans le système, ce soit un système à retenir nécessairement. Il y aurait toujours possibilité de recourir éventuellement aux dispositions que les CLSC peuvent avoir mis sur pied, tels des modèles de services de soins à domicile ou autres.

Pour la même raison, nous recommandons qu'au niveau de la demande d'admission, lorsque l'on parle d'évaluation physique et psychologique, comme d'ailleurs on en a discuté avant-hier, ces deux termes "physique" et "psychologique" devraient être remplacés par le terme médical. Il est bien évident que l'évaluation médicale comporte une évaluation psychologique et physique; l'inverse n'est pas vrai, l'évaluation physique et psychologique ne comportant pas toujours une évaluation médicale.

Finalement, nous proposons que, par suite d'une demande acheminée en bonne et due forme au comité du CRSSS ou au comité régional, cette évaluation ou cette demande soit évaluée et que le comité lui-même décide de la nécessité ou non d'admettre un corps, dans un centre d'accueil, d'hébergement ou dans un centre de soins

prolongés. Nous croyons qu'il est difficile d'exiger que les demandes d'admission attestent de la nécessité de l'admission; la demande d'admission elle-même attestant ce fait-là.

Concernant les départements cliniques, nous sommes d'accord avec les deux principes émis à l'article 66, mais nous trouvons particulièrement qu'un de ces principes porte à confusion par rapport à l'interprétation des termes qui y sont utilisés. En effet, les termes "couvrir" et "activités médicales" peuvent facilement porter à confusion. Nous recommandons donc une modification dans ce premier paragraphe de l'article 66: plutôt que de parler d'activités médicales et de couverture qu'un département devrait assumer, nous proposons qu'on établisse de quel département clinique chaque discipline médicale et chirurgicale doit dépendre. Cette hiérarchisation des diverses disciplines médicales et chirurgicales à l'intérieur d'un département pourrait, je pense, répondre aux objectifs poursuivis par le libellé de l'article tel qu'il est. Bien sûr et sous-entendu, nous croyons que chaque discipline ne devrait relever que d'un seul département clinique même si dans le texte que vous avez on n'y fait pas référence.

Quant à la deuxième partie du texte proposé, ayant trait à l'unicité des règles de soins, nous sommes en accord avec cet objectif à poursuivre. Par ailleurs, nous croyons que l'unicité des règles de soin, plutôt que de se référer à chaque acte médical, ce qui peut là aussi porter à confusion au niveau de l'interprétation, devrait se rapporter à l'exercice professionnel des médecins exerçant dans les divers départements.

Quant à la responsabilité du département de médecine générale, le président de la corporation vous a mentionné tantôt - et j'aimerais le souligner - que la position que nous proposons n'est pas une position de compromis mais une position que nous avons envisagée à la suite de l'étude des besoins des malades se présentant aux cliniques d'urgence et dans les cliniques externes de soins généraux, à la suite de l'étude de la formation des médecins susceptibles de rendre service à ces malades et à la suite de l'expérience de la visite des centres. Nous proposons donc que, plutôt que d'exiger que chaque centre hospitalier établisse un département de médecine générale et de laisser au centre hospitalier la possibilité d'établir les responsabilités de ce département, chaque centre ait l'obligation d'établir un département clinique de médecine générale et que ce département clinique de médecine générale doive assumer deux responsabilités précises, à savoir la responsabilité des soins de première ligne fournis par un médecin à la clinique d'urgence et aux cliniques externes de soins

généraux.

Quant aux activités du département de médecine générale à l'égard des soins prolongés, nous croyons que, les soins prolongés étant en devenir, il est difficile pour le moment de confier à un seul département cette responsabilité. Nous proposons donc de laisser au plan d'organisation de chaque établissement la responsabilité de définir de quel département relèveront les soins prolongés.

À l'égard des responsabilités des chefs de départements, de laboratoire et de radiologie, nous croyons que les dispositions inscrites dans les articles 69 et 70 sont susceptibles de régler beaucoup de difficultés existant actuellement dans les établissements, principalement à l'égard des conflits de juridiction qui existent pour les chefs de ces deux départements. Comme, toutefois, nous sommes convaincus que l'insertion de ces deux articles n'a pas pour but de restreindre la responsabilité de gestion qui pourrait être donnée aux autres chefs du département, nous proposons d'ajouter au règlement un article pour bien indiquer que les responsabilités dévolues aux chefs de département de radiologie et des laboratoires ne doivent pas être interprétées comme limitant les responsabilités de gestion des autres chefs de département dans la mesure prévue par le plan d'organisation. (10 h 00)

À l'égard de l'article 70 traitant de la biologie médicale, comme les termes de biologie médicale risquent d'être interprétés très différemment d'un milieu à un autre, nous croyons qu'il y aurait avantage à élaborer quels sont les éléments faisant partie de ce département, à savoir l'anatomopathologie, la biochimie, l'hématologie et la microbiologie.

Concernant le troisième point de notre mémoire traitant du service médical dans les centres d'hébergement, nous sommes en accord avec les dispositions générales du règlement traitant de ce sujet. Toutefois, nous voudrions proposer quelques modifications pour s'assurer de la responsabilité du service médical quant aux diverses fonctions que normalement, un conseil de médecins et dentistes, s'il existait, devrait assumer dans ces endroits. Nous proposons donc que l'on reconnaisse dans l'article 79 le fait que la responsabilité de l'établissement du service médical doit permettre d'assumer les responsabilités normalement dévolues à un conseil de médecins et dentistes, s'il existait, pour tâcher de sensibiliser et de conscientiser l'ensemble des médecins du service médical à cette responsabilité. De même, à l'article 80 où l'on propose la nomination d'un médecin responsable, nous croyons que cette nomination pour que les médecins soient bien conscients que ce médecin agira

effectivement en leur nom, devrait être faite après la recommandation du service médical de l'établissement. Finalement, à l'article 81, nous voulons que soit clairement établie la relation entre le médecin responsable et les médecins de l'établissement, ce pourquoi nous proposons de modifier le début de l'article 81 pour qu'on y indique que sous l'autorité du conseil d'administration, le médecin responsable des soins exerce au nom du service médical pour que la relation soit bien claire entre le médecin responsable et le service médical.

Un quatrième chapitre traite de l'organisation médicale dans les centres locaux de services communautaires. Le projet de règlement est silencieux à l'égard de cette organisation et nous croyons devoir faire des commentaires de deux types à cet égard. Nous étant dits d'accord avec l'organisation d'un service médical dans les centres d'hébergement, nous croyons qu'il y aurait avantage, dans les centres locaux de services communautaires, là où il n'y a pas obligation de créer un conseil de médecins et dentistes et là où au moins exercent trois médecins, à y instaurer un service médical semblable à celui qui existe dans les centres d'accueil d'hébergement. Nous recommandons donc qu'on apporte les modifications appropriées aux articles 79, 80, 81 et 82 du projet de règlement pour qu'ils s'appliquent aussi aux centres locaux de services communautaires où exercent moins de cinq médecins et dentistes. Par ailleurs, dans les centres locaux de services communautaires où la loi oblige la création d'un conseil de médecins et dentistes, comme les articles 97 traitant du dossier professionnel et 99 traitant du comité d'évaluation ne s'appliquent qu'en centre hospitalier, nous vous recommandons d'insérer dans le projet de règlement la nécessité, lorsque le nombre de membres d'un centre local de services communautaires le permet, d'instaurer un comité distinct d'évaluation et la nécessité d'établir un dossier professionnel dans ces endroits.

Quant au cinquième point de notre mémoire, le pharmacien dans les établissements, notre interprétation du fait que les fonctions du conseil des médecins et dentistes n'ont pas été modifiées par la loi 27 conduit à plusieurs difficultés d'application des diverses propositions du règlement actuel concernant le pharmacien. Pour mémoire, rappelons que le Conseil des médecins et dentistes n'a aucune autorité au regard de l'exercice professionnel du pharmacien, qu'il n'a aucune autorité dans la détermination des privilèges du pharmacien et que le pharmacien n'est même pas tenu, comme un médecin ou un dentiste, de soumettre sa demande de nomination à l'établissement puisqu'il s'agit d'un employé de l'établissement. Pour ces diverses raisons,

nous recommandons donc d'enlever du projet de règlement tous les éléments se rapportant au pharmacien dans le chapitre VII du règlement traitant du Conseil des médecins et dentistes, à l'exception de deux qui seraient reliés à l'établissement d'un statut pour le pharmacien et également à sa participation au comité de pharmacologie.

Le fait d'enlever ces dispositions du règlement ferait donc en sorte que le pharmacien serait membre du Conseil des médecins et dentistes, pourrait participer à ses activités, principalement à celles du comité de pharmacologie et aux autres s'il le désire, sans que pour autant on soit soumis à des interprétations qui pourraient être difficiles pour les établissements.

Nous tenons, par ailleurs, à attirer votre attention sur un élément du règlement concernant le pharmacien aux articles 76 et 85 où l'on donne la responsabilité au pharmacien de préparer les normes d'utilisation des médicaments. Nous croyons que cette responsabilité déborde largement la définition de l'exercice même de la pharmacie. Pour rappel, j'aimerais vous citer les principaux éléments de la définition de cet exercice qui sont de préparer ou de vendre, en exécution ou non d'une ordonnance, des médicaments, la communication de renseignements sur l'usage prescrit de médicaments ou sur l'usage reconnu lorsqu'il n'y a pas d'ordonnance, sur la nécessité de constituer un dossier et sur la nécessité de faire l'étude pharmacologique de ce dossier.

Pour ces raisons, nous croyons donc que la responsabilité de préparer des normes d'utilisation déborde cette définition. De plus, cette responsabilité pourrait facilement conduire à des conflits de juridiction à l'égard des chefs de départements cliniques dans la responsabilité qu'ils ont de préparer des règles de soins, ces dernières comportant sûrement des éléments reliés à l'utilisation de la médication. Nous proposons donc de rayer des articles 76 et 85 les éléments ayant trait à l'élaboration des normes de pharmacie.

Voilà pour les cinq principaux points du mémoire. Il reste des points divers qui sont assez nombreux et que l'on n'a malheureusement pu regrouper parce que ayant trait à des aspects divers.

Un premier point a trait au paragraphe 9 de l'article 8, où l'on traite de l'établissement d'examens de routine pour les bénéficiaires admis. Dans le règlement actuel, l'article 188 indique que les examens de routine que peuvent exiger des établissements doivent l'être conformément aux normes précisées par la corporation professionnelle à ce sujet. Récemment, en juin 1982, la corporation a revu ses normes avec l'aide possiblement des autorités les plus compétentes de la province et même du pays

du point de vue épidémiologique et sanitaire pour proposer à la profession ce que l'on croit être le minimum exigible comme examens de routine. Nous proposons donc que, plutôt que ces examens de laboratoire de routine soient établis parmi ceux proposés par la corporation, ils le soient conformément aux recommandations de la corporation.

À l'article 10, nous croyons qu'il est impossible, selon son libellé actuel, d'isoler toute personne atteinte d'une maladie infectieuse. Par ailleurs, l'article 108 du règlement actuel émet une disposition qui nous semble beaucoup plus appropriée que l'isolement de tout cas de maladie infectieuse et nous demandons que la disposition qui existait à l'article 108 soit reprise à l'article 10 du règlement. Elle se lisait comme suit: "Il doit être en mesure - en parlant de l'établissement - d'isoler les personnes atteintes ou soupçonnées d'être atteintes de maladie contagieuse ou infectieuse."

À l'article 17, concernant le comité consultatif à la direction générale et, particulièrement, à l'égard de la nomination des chefs de départements cliniques et du coordonnateur de l'enseignement, il y a deux commentaires que nous voulons porter à votre attention. Comme les chefs de départements siégeant à ce comité sont des personnes qui se rapportent au Conseil des médecins et dentistes en ce qui concerne l'ensemble de l'exercice professionnel, nous recommandons que la nomination des chefs de départements cliniques au conseil consultatif à la direction générale, tout en étant faite par le conseil d'administration, le soit après recommandation du Conseil des médecins et dentistes, ce dernier étant possiblement apte à bien connaître quels sont les domaines de l'exercice professionnel susceptibles d'être représentés à ce comité et d'y être discutés.

Deuxième commentaire concernant le même article qui parle du coordonnateur de l'enseignement. Comme l'interprétation de ces termes pourrait être différente d'un milieu à un autre et qu'à notre avis, il devrait s'agir du coordonnateur de l'enseignement médical dans les établissements lorsque ces établissements sont affiliés à une faculté de médecine, nous proposons de corriger ces termes pour indiquer clairement qu'il s'agit du coordonnateur de l'enseignement médical.

Aux articles 25 et 26 traitant des demandes d'inscription et d'admission, nous croyons que dorénavant, comme l'article 212 du règlement actuel est disparu et que tout médecin et dentiste pourra inscrire un malade, la réglementation interne de l'établissement devrait préciser quels sont les médecins autorisés à inscrire ou à admettre.

Il est évident, par exemple, que les médecins honoraires d'un Conseil des médecins et dentistes pourraient facilement se voir refuser le droit d'admettre, comme on pourrait facilement discuter de la possibilité, pour les membres-conseils, d'admettre dans certaines circonstances et de ne pas admettre dans d'autres circonstances, ne serait-ce que pour éviter, dans le cas où les membres-conseils vont de façon périodique dans un établissement, des délais de traitement du fait que les malades sont admis à leur nom.

Nous croyons donc qu'aux articles 25 et 26, les médecins pouvant admettre devraient être autorisés par un règlement interne de l'établissement, soit à inscrire ou à admettre leurs malades.

De plus, un autre commentaire à l'égard de ces deux mêmes articles, venant du fait que bien souvent l'inscription et la demande d'admission ne sont pas faites par les mêmes médecins que ceux qui traiteront éventuellement les malades, nous demandons une modification des derniers paragraphes de ces deux articles 25 et 26 pour qu'on indique que le médecin ou dentiste, au nom de qui le bénéficiaire est inscrit ou admis, devienne le médecin traitant et que ce ne soit pas nécessairement celui qui fait la demande d'admission qui soit considéré comme le médecin traitant, parce que cela peut effectivement être un autre médecin.

À l'article 28, nous proposons une correction mineure où il est question du traitement d'urgence des toxicomanies et des cas d'agression sexuelle, pour qu'on n'interprète pas ces deux affections comme ne relevant que du service d'urgence. Nous proposons qu'on y ajoute "entre autres" pour qu'il soit bien compris que la toxicomanie et les victimes d'agression sexuelle constituent entre autres des cas d'urgence.

À l'article 29 où l'on traite des consentements et des attestations des informations fournies à l'égard de ces consentements, nous croyons qu'il est normal qu'un bénéficiaire puisse attester du fait qu'il a reçu les informations appropriées avant de signer un consentement.

Par ailleurs, que l'on exige qu'un médecin, qu'un dentiste ou qu'un anesthésiste fasse de même ne nous semble pas du tout garantir que les informations fournies aient ou non été appropriées. D'ailleurs, ces divers professionnels sont obligés, par les dispositions de leur code de déontologie respectif, de fournir les informations appropriées aux bénéficiaires.

Nous croyons, par ailleurs, que la disposition du règlement actuel voulant que les médecins, dentistes, anesthésistes et chirurgiens soient obligés de contresigner les consentements et, de ce fait, prennent connaissance de l'autorisation qu'ils ont, et particulièrement des restrictions qu'un

malade peut apporter à son consentement, serait de nature à protéger davantage la population.

À l'article 39 traitant des congés et de la sortie des malades en soins prolongés et en centres d'accueil, nous croyons que la tradition a fait que le terme "congé" dans les établissements se rapporte habituellement à ce que l'on convient d'être le congé médical et que la sortie d'un malade est habituellement une autre chose. Nous proposons donc que dans les centres d'hébergement où les bénéficiaires y reçoivent des soins médicaux, ils doivent recevoir leur congé médical après quoi le directeur général ou son représentant aura à décider de la sortie du bénéficiaire. De plus, pour les mêmes raisons que je mentionnais tantôt, concernant l'article 34, nous proposons que l'évaluation que l'on dit vouloir être physique, psychologique et sociale soit une évaluation médicale ou sociale, selon le cas, sachant fort bien que dans des centres il peut arriver que des bénéficiaires ne reçoivent pas de soins médicaux pour lesquels une évaluation sociale soit suffisante.

À l'égard de l'article 46, concernant le congé dans les centres de réadaptation, là encore, dans certains de ces centres, des bénéficiaires sont susceptibles de recevoir des soins médicaux. Nous proposons de modifier le premier paragraphe de l'article 46 à savoir que, s'ils y reçoivent des soins médicaux, ils doivent faire l'objet d'un congé médical et non pas d'un congé qui puisse être donné par un membre du personnel clinique de façon générale, alors que dans les cas où ils ne reçoivent pas de soins médicaux, ce congé peut être donné par le personnel professionnel clinique concerné.

À l'article 53, traitant de la nécessité ou de la non-nécessité d'ouvrir un dossier médical, nous croyons que dans le cas des CLSC, dans celui des centres de services sociaux où l'on fournit des services d'évaluation et d'orientation, ces services sont suffisamment importants pour nécessiter la tenue d'un dossier médical. Nous recommandons donc d'enlever ces éléments de l'article 53 afin que l'on soit dorénavant tenu, sauf pour les personnes enregistrées à qui on ne fournit que des services diagnostiques en clinique externe, de maintenir un dossier.

Par ailleurs, nous avons été surpris par le fait que, dans ce même article, lorsqu'il s'agit de services de santé scolaire, ou lorsqu'il s'agit de services fournis à un travailleur, on ne soit pas tenu d'établir un dossier pour le bénéficiaire. Nous proposons que, ne serait-ce que pour la suite des traitements à fournir à ces bénéficiaires, ou encore pour l'évaluation des traitements fournis, ces deux paragraphes soient rayés, même si d'autres lois pourraient proposer

qu'un dossier doit être maintenu dans un autre endroit que dans l'établissement.

À l'égard de l'article 55, traitant du dossier dans les établissements, nous avons trois recommandations: une au paragraphe 4 de cet article où nous recommandons que les notes d'évolution indiquent, comme l'article 87 du règlement actuel le prévoyait, la nature des services rendus. Nous n'avons pas, en effet, retrouvé dans les différents éléments de l'article 55, cette obligation que pourraient avoir les divers professionnels d'indiquer la nature des services qu'ils rendent.

Au paragraphe 19, une correction qui peut sembler très technique serait d'utiliser le singulier concernant le diagnostic final plutôt que le pluriel; l'organisation et le traitement médical voulant que, dans la mesure du possible, on s'astreigne à établir un diagnostic final pour une personne traitée dans un établissement malgré les difficultés que la chose comporte.

Finalement, au 20e paragraphe du même article, nous sommes tout à fait d'accord avec la nécessité d'établir une note de départ dans le dossier de chacun des malades. Par ailleurs, la tradition et l'expérience ont démontré qu'il serait superflu de le faire pour les cas d'obstétrique normaux et pour les cas de nouveau-nés normaux. Nous demandons donc d'ajouter cette exception au paragraphe 20 de cet article.

Concernant l'article 60, ayant trait à la transmission d'informations lorsqu'un bénéficiaire passe d'un établissement à un autre, nous croyons que le libellé de l'article proposé est confus et peut comporter plusieurs difficultés d'interprétation selon qu'un malade passe d'un premier établissement à un deuxième ou à un troisième. L'article laisserait croire qu'on ne doit transmettre des informations que lorsqu'il passe d'un premier à un deuxième établissement, alors qu'il nous paraît essentiel que la chose soit faite, qu'il s'agisse d'un troisième ou d'un quatrième établissement. Nous proposons donc une rédaction de cet article qui soit plus simple disant que, lorsqu'une personne est transférée d'un établissement à un autre, l'établissement doit faire parvenir à celui-ci un sommaire des données pertinentes de son dossier.

À l'article 88, nous proposons de modifier le début de l'article pour le rendre conforme aux articles 89, 90, 91, 92 et 93 et pour éviter toute interprétation qui pourrait être différente concernant le statut de membre actif, de membre associé, de membre honoraire, etc.

Par ailleurs, à l'article 89, concernant le membre associé, nous croyons que la proposition telle qu'énoncée peut conduire à certaines difficultés. J'explique. L'objectif principal d'un Conseil des médecins et

dentistes étant de s'assurer de la participation de l'ensemble de ses membres comme membres actifs et comme, malheureusement, il n'y a pas d'obligation pour un médecin ou un dentiste d'accéder au statut de membre actif, il pourrait survenir que plusieurs personnes soient tentées de se contenter d'un statut de membre associé et de ce fait évitent plusieurs des responsabilités liées au statut de membre actif. Pour éviter ce piège, nous croyons que le statut de membre associé devrait être limité dans le temps. Nous proposons une durée de deux années et on ferait à ce moment du statut de membre associé un statut équivalent à une période de probation, après quoi le médecin devrait devenir membre actif ou détenir un autre statut dans le centre hospitalier. Comme, par ailleurs, le statut de membre associé proposé permettrait à certains médecins qui veulent maintenir des affiliations hospitalières d'être inclus dans le Conseil des médecins et dentistes et craignant qu'en proposant une durée limitée dans le temps de ce statut on ne réponde plus à ce besoin, nous proposons une autre classe de statut qui est celle du membre visiteur ou membre agréé selon certaines associations. Effectivement plusieurs médecins désirent maintenir, par intérêt scientifique ou pour traiter occasionnellement des malades, une affiliation hospitalière. Nous croyons que nous devons encourager les médecins à maintenir cette affiliation. D'ailleurs la majorité des provinces canadiennes reconnaissent ce fait et je crois que la totalité des États américains le reconnaissent aussi. Nous proposons donc le statut de membre visiteur qui pourrait être accordé à un professionnel qui désire maintenir cette affiliation et qui aurait des activités professionnelles très limitées dans le centre. Il s'agirait d'un membre qui n'aurait pas le droit de vote, bien sûr, et ne pourrait être élu à aucune fonction exécutive du Conseil des médecins et dentistes.

À l'article 94 concernant la constitution des comités obligatoires du Conseil des médecins et dentistes nous voudrions vous faire un commentaire concernant le comité de discipline, avec lequel nous sommes par ailleurs tout à fait d'accord.

Vu l'expérience que nous avons vécue à la corporation, qui a effectivement un comité de discipline indépendant où nous pouvons nommer pour chaque cause les membres d'un comité de discipline susceptibles de mieux juger telle plainte que telle autre plainte, nous voudrions que cette disposition soit insérée dans la réglementation au niveau de l'article 101, sur lequel nous reviendrons plus tard. Par ailleurs, à la fin de l'article 94, comme la réglementation doit être un outil de travail pour les Conseils de médecins et dentistes,

et que pour comprendre cet article il faudrait interpréter l'article 113 de la loi, nous proposons, lorsque le nombre de médecins est insuffisant pour constituer les dossiers, plutôt que d'indiquer que cette fonction est assumée par le Conseil des médecins et dentistes, qu'on indique clairement qu'elle est assumée par l'exécutif du Conseil des médecins et dentistes.

En ce qui concerne l'article 96 en ce qui a trait à la composition du comité d'examen des titres, bien que la réglementation actuelle prévoit la présence du directeur général à ce comité, comme ce comité a pour but d'évaluer la compétence des médecins et d'établir ses privilèges, nous croyons que ce comité devrait être un comité de pairs. D'autant plus que le directeur général siégeant au comité exécutif pourra participer à toutes les décisions qui feront suite aux recommandations du comité d'examen des titres.

L'article 99 concerne le pharmacien, entre autres. Comme je l'indiquais tantôt, puisque le mandat du Conseil des médecins et dentistes et particulièrement du comité d'évaluation n'a pas été modifié concernant l'évaluation de l'exercice de la pharmacie, nous croyons que la dernière phrase du deuxième paragraphe de l'article 99 devrait être rayée du projet de règlement puisqu'il ne saurait être question d'évaluer au comité d'évaluation l'exercice de la pharmacie.

Par ailleurs, à l'article 100, au septième paragraphe, traitant des diverses fonctions du comité d'évaluation, nous croyons qu'une erreur typographique a fait qu'on y retrouve le terme "infection" plutôt que le terme "affection". Il va de soi que le comité d'évaluation doit étudier périodiquement les affections les plus couramment traitées dans le centre et non pas exclusivement les infections le plus couramment traitées dans le centre.

Concernant l'article 101 dont je parlais tantôt, ayant trait à la composition du comité de discipline, on vous recommande que ce comité puisse être formé par le comité exécutif du Conseil des médecins et dentistes selon la plainte à étudier, comme je le mentionnais. Compte tenu des diverses restrictions, quant à la possibilité pour divers membres du Conseil des médecins et dentistes de siéger soit à titre de président ou de secrétaire du comité, nous croyons que l'article 101 pourrait se lire comme suit: Le comité de discipline est composé de trois membres - sans les spécifier nécessairement - du Conseil des médecins et dentistes nommés par le comité exécutif, selon la plainte à étudier.

À l'article 106, concernant les diverses sanctions qu'un conseil d'administration peut imposer à un médecin à la suite de

recommandations du comité exécutif faisant suite à une étude du comité de discipline, nous sommes étonnés de la disparition des quatre sanctions figurant actuellement à l'article 255 du règlement. Pour éviter trop de disparités dans les sanctions qui pourraient être imposées à des médecins ou dentistes d'un établissement, nous recommandons donc de réinsérer les quatre sanctions existant à l'article 255 actuel, à savoir: la réprimande, le changement de statut ou la privation de certains privilèges, la suspension de nomination et la révocation. Nous suggérons d'ajouter une sanction qui pourrait être celle d'interdire à un médecin ou dentiste d'utiliser certaines ressources de l'établissement. De plus, comme l'expérience montre que dans les cas où des sanctions doivent être imposées on constate fréquemment que ces médecins ou dentistes auraient avantage à parfaire leur connaissance, nous proposons que chacune de ces sanctions puisse être assortie d'une recommandation concernant la mise à jour des connaissances du médecin ou du dentiste. Le fait que la corporation soit informée de chacune des sanctions par une disposition du règlement permettrait que la corporation puisse collaborer avec le médecin à l'amélioration de ses connaissances et qu'éventuellement le Conseil des médecins et dentistes puisse se référer à la recommandation qu'il en avait faite advenant qu'une situation analogue se représente.

À la fin de cet article 106 traitant des sanctions, nous croyons que la rédaction actuelle du projet laisse croire que la possibilité de se faire entendre ou de faire des représentations ne pourrait être interprétée comme ne s'appliquant qu'une fois la sanction décidée. Pour cette raison, nous proposons de reprendre la disposition de l'article 256 actuel qui dit: "Avant d'appliquer une sanction, le conseil d'administration doit donner l'occasion au médecin ou dentiste de se faire entendre en compagnie de son avocat."

Finalement, concernant la composition du comité de pharmacologie, de la même façon que pour le comité de discipline, nous ne croyons pas qu'il soit indiqué de spécifier quels sont les membres du Conseil des médecins et dentistes qui pourraient en faire partie, compte tenu des restrictions indiquées à l'égard de chacun des statuts quant à la possibilité pour des individus de siéger aux divers comités. Nous suggérons donc de rayer les termes "actifs" et "associés" de cet article. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): Merci. M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Dr Roy, Dr Saint-Georges, Dr Lapierre, Dr Brière, je voudrais d'abord vous remercier, messieurs, de ce

mémoire absolument remarquable que vous nous fournissez qui est à la fois détaillé, fouillé et dans lequel on voit l'expérience de la corporation que lui amène le rôle qui lui est dévolu en vertu de la loi sur l'office des professions et de la loi sur les corporations en termes de protection du public. On sent qu'il y a là aussi un bagage très empirique de ce qui se passe dans les établissements, notamment quant au rôle des médecins et quant à la dimension du contrôle de l'acte professionnel. Je vous en remercie encore une fois.

Paradoxalement, mes commentaires seront très peu nombreux. Encore une fois, compte tenu de la clarté de votre mémoire, je peux vous dire d'emblée que nous serons appelés à retenir bon nombre de vos suggestions. Il reste néanmoins quelques sujets peut-être un peu plus épineux sur le plan des points de vue que l'on peut avoir là-dessus, selon que l'on est à la corporation, aux fédérations, à l'Ordre des infirmières ou ailleurs.

Une première question touche cette notion de l'évaluation médicale par opposition à l'évaluation médicale et psychosociale ou à la santé psychosociale pour les fins d'hébergement. Est-ce que je dois comprendre - j'ai peut-être lu un peu rapidement ce bout-là - que vous pensez que cela doit s'appliquer également aux CAH ou seulement aux soins prolongés? Cette notion de restreindre l'évaluation à une évaluation dite médicale ne s'appliquerait que dans le cas des soins prolongés ou pour toute demande d'hébergement, y compris en CAH?

M. Saint-Georges: Nous croyons que dans le cas où le bénéficiaire est susceptible de recevoir des soins médicaux, on devrait préalablement s'adonner à une évaluation médicale, autant lors de son admission que lors de son congé.

M. Johnson (Anjou): Sans me lancer dans un débat autour de cela, il ne s'agit pas de faire passer des tests psychométriques à tous les citoyens qui veulent aller en hébergement. C'est ce que laissait peut-être entendre l'interprétation un peu rapide d'un titre que j'ai vu récemment dans un journal. La notion de l'évaluation psychosociale correspond de fait à des besoins que l'on retrouve souvent. D'ailleurs, à l'origine, avant que les clientèles ne s'alourdissent, un centre d'accueil d'hébergement était perçu essentiellement comme un établissement qui voyait à répondre à un besoin presque exclusivement de nature sociale, à l'origine. On sait que cela n'est plus vrai maintenant et qu'une bonne partie des patients ou, enfin, des bénéficiaires dans ces établissements y sont aussi pour des raisons plus spécifiques de santé.

La notion des règles de soins et la

notion des départements de médecine générale, en gros l'organisation médico-hospitalière. Vous suggérez - la précision à l'article 66 - que l'exercice professionnel des médecins des différents départements cliniques doit répondre à des règles de soins uniques approuvées par le Conseil des médecins et dentistes. J'aimerais vous entendre commenter les problèmes que vous voyez dans la formulation que nous avons et préciser peut-être à l'aide de quelques exemples.

M. Saint-Georges: La difficulté qui nous provient de l'interprétation de l'article 66 est reliée au fait que l'on parle de chaque acte médical. Je pense que l'on pourrait, à cause de cette terminologie, avoir beaucoup de difficulté à établir des règles de soins par rapport à un acte particulier, alors qu'il pourrait être beaucoup plus facile d'établir des règles de soins par rapport à l'exercice professionnel de façon générale. Bien sûr, cette notion est reliée à la précédente que nous vous mentionnions tantôt, à savoir qu'à notre avis un centre hospitalier devrait dans son plan d'organisation préciser de façon claire quelles sont les responsabilités d'autorité entre un département et les membres qui exercent diverses disciplines médicales ou chirurgicales. Cela pourrait nous amener à avoir un département de qui dépendraient diverses disciplines. Nous croyons que ces disciplines ne devraient dépendre que d'un seul département. Ce qui ferait que dans chacune des disciplines dépendant d'un département, nous aurions des règles de soins uniques et nous éviterions l'interprétation ou le chevauchement des diverses disciplines les unes par rapport aux autres.

Pour aller peut-être au devant d'une question que vous pourriez poser, il est utile de l'illustrer par le biais d'un exemple. Si dans un centre hospitalier on convenait de l'établissement d'un département d'obstétrique, il est évident que la discipline et l'exercice de l'obstétrique relèveraient du chef du département d'obstétrique, quels que soient les membres qui y exercent.

Si dans ce même hôpital on convenait que le département de médecine générale doive assumer la responsabilité de la clinique d'urgence il serait normal que les individus qui fournissent des soins de première ligne à la clinique d'urgence soient sous la responsabilité du chef du département de médecine générale, les omnipraticiens dans ce centre pouvant donc être sous la responsabilité de deux chefs de départements par rapport à deux disciplines particulières, à savoir les soins de première ligne fournis à l'urgence et l'obstétrique faite à l'intérieur du département d'obstétrique.

M. Johnson (Anjou): Vous nous suggérez,

à la page 6 de votre mémoire que ce département, parlant du département clinique de médecine générale, assume entre autres la responsabilité des soins de première ligne fournis par un médecin en clinique d'urgence et aux cliniques externes de soins généraux du centre. Il pourrait aussi assumer la responsabilité des soins prolongés. Je peux vous demander pourquoi vous voudriez que ce soit comme cela. J'ai une idée de certaines des réponses mais je voudrais vous l'entendre spécifier.

M. Saint-Georges: En fait les raisons pour lesquelles on vous suggère cette formulation c'est que nous croyons qu'il est clairement établi - comme je le mentionnais tantôt - qu'à l'égard des besoins de la population et à l'égard de la formation des médecins par rapport aux services médicaux de première ligne et compte tenu de l'éventail des divers besoins soumis, soit dans les cliniques d'urgence ou dans ce qu'on appelle les cliniques externes de soins généraux du genre "walking clinic" ou clinique sans rendez-vous, c'est possiblement l'omnipraticien qui est le plus apte à répondre à l'ensemble des besoins de la population.

D'autre part, à l'égard des soins prolongés, nous croyons que l'organisation des soins prolongés est en devenir. Il se développe des départements de gériatrie dans plusieurs endroits. À titre d'exemple, on sait que dans certains centres hospitaliers comme, sans le nommer, l'Hôpital Notre-Dame ou le Royal Victoria, il se développe des unités de soins palliatifs, des unités de soins prolongés en radiothérapie, des unités de soins prolongés en psychiatrie, en neurochirurgie, pour lesquelles il serait difficile de recommander actuellement, compte tenu de la spécialisation des unités de soins prolongés, que les soins prolongés soient nécessairement rendus par et sous la responsabilité du département de médecine générale, ce qui n'empêche par ailleurs en aucune façon que les omnipraticiens puissent contribuer à l'administration des soins dans ces divers départements, qu'ils soient spécialisés ou non.

Une voix: Oui?

M. Lapierre (André): Est-ce que je peux me permettre d'ajouter une autre raison à cela, M. le ministre ou M. le Président?

Récemment nous avons fait une étude sur la surveillance des internes et résidents dans les services d'urgence et les unités de traitement dans les hôpitaux. Nous avons constaté que la départementalisation qu'on retrouve dans les hôpitaux se retrouve dans les salles d'urgence et que lorsque le malade se présente il s'agit de savoir à quel département il va aller. C'est soit une

infirmière, soit une secrétaire, soit une préposée qui décide que le malade va dans tel département plutôt que dans tel autre, alors que dans les hôpitaux où c'étaient les omnipraticiens qui assuraient le service à la salle d'urgence, cette départementalisation n'existait plus. Le malade était reçu par l'omnipraticien qui l'examinait et qui, lui, après examen décidait de le renvoyer au département hospitalier requis par son état de santé. Alors la surveillance des internes et des résidents était mieux assurée et les services dont le malade avait besoin étaient rendus de façon immédiate par l'omnipraticien.

M. Johnson (Anjou): C'est intéressant comme formule. Je pense que le "peut" à l'égard des soins prolongés, à toutes fins utiles, à vos yeux, colle plus à la nécessité de souplesse dans un domaine qui est en développement. Il est évident que les hôpitaux universitaires... Je pense à une unité que je connais mieux parce que j'ai déjà travaillé à Saint-Luc où les soins prolongés et le département de gériatrie active sont assez intimement liés, à toutes fins utiles. Il y a là une expertise, une habitude des règles de soins - je ne sais pas si ce sont des règles de soins au sens du règlement - une approche sûrement qui est très différente de celle qu'on peut retrouver dans un hôpital où il y a très peu d'internistes ou très peu de médecins spécialistes dans ce type de soins.

L'article 70. Si je comprends bien, il y aurait un département de médecine de laboratoires et la possibilité d'avoir des chefs de service à l'intérieur du département, le chef du département devant être - comme est l'objet du règlement - un médecin; donc les chefs de service pas nécessairement dans votre esprit.

M. Saint-Georges: Ce qui permettrait aux divers autres professionnels qui ont la formation et la compétence d'assumer des responsabilités de chef des divers services soit de microbiologie comme cela existe dans certains endroits, soit de biochimie comme cela existe aussi dans d'autres endroits.

M. Johnson (Anjou): Si je comprends bien, vous croyez qu'il ne devrait y avoir qu'un seul département des laboratoires, pour s'exprimer en termes courants.

M. Saint-Georges: Exactement.

M. Johnson (Anjou): La réalité, cependant, de la plupart des centres, disons des grands centres où il y a une très grande diversité de laboratoires, est-ce qu'il y a souvent des départements séparés par exemple le département de microbiologie avec sa section de laboratoires ou est-ce

qu'on retrouve surtout une structure de services?

M. Saint-Georges: La réalité, je pense qu'il faut d'abord dire qu'elle n'est possiblement pas rationnelle en termes d'organisation professionnelle. Je pense que dans plusieurs endroits où il existe des départements plutôt que des services, on pourrait fort bien se satisfaire du fait qu'il n'existe qu'un seul département. Je pense qu'on aurait fort probablement d'ailleurs une meilleure coordination des services de laboratoire si on avait l'assurance qu'ils sont chapeautés par un chef de département qui a la responsabilité de coordonner ces divers services plutôt que de permettre la création de divers départements expérimentaux à gauche et à droite sans s'assurer la coordination appropriée de ces divers laboratoires qui peuvent poindre et qui sont de nature parfois complémentaire sans que dans l'établissement, on le reconnaisse.

M. Johnson (Anjou): À la page 12 de votre mémoire, les articles 76 et 85 concernant le pharmacien d'établissement - nous entendrons d'ailleurs ce groupe en fin d'après-midi ou en début de soirée - on avait un problème, je dirais presque de dictionnaire des idées suggérées par les mots ou des mots suggérés par les idées. On voulait éviter la notion de règles qu'on a réservée à règles de soi au sujet desquelles on a déjà eu des discussions lors de l'adoption de la loi 27. On a donc utilisé l'expression "les normes d'utilisation." Vous suggérez simplement de rayer cette notion.

Le pharmacien en vertu de la Loi sur la pharmacie a un pouvoir qui va jusqu'à - contrairement à tous les autres professionnels de la santé - pouvoir refuser d'exécuter une ordonnance. C'est le seul - si je me souviens bien - des praticiens du secteur de la santé qui a ce pouvoir à l'égard d'une ordonnance médicale. On sait cependant que les codes de déontologie dans le cas des infirmières ou d'autres peuvent les amener à poser des gestes plus ou moins équivalents. Comment concilier cette responsabilité énorme que constitue le refus d'exécution d'une ordonnance et donc, la reconnaissance dans notre législation de ce pouvoir du pharmacien avec un rôle actif de définition d'une pratique à l'égard de la pharmacie qui implique le médecin? Finalement, en nous suggérant d'abolir la notion de normes d'utilisation des médicaments, vous nous suggérez simplement qu'ils puissent agir sur l'aspect formel. Qui doit faire l'ordonnance? Dans quelle condition doit-on ou non exécuter une ordonnance par téléphone? Dans quelle condition doit-on accepter que cette demande vienne d'une infirmière, d'un interne ou d'un résident? Si on parle de toute la dimension des interactions médicamenteuses

et de l'opinion que peut avoir un pharmacien sur les conséquences de prescriptions multiples, comment voyez-vous l'intervention de ce rôle, l'intervention formalisée et collective de ce rôle?
(10 h 45)

M. Saint-Georges: M. le ministre, à mon corps défendant, je crois que le fait que le pharmacien soit autorisé à refuser une prescription ne l'autorise pas à en faire une. Je pense qu'il faut faire attention. Le législateur a voulu permettre que le pharmacien soit autorisé à refuser une prescription et de ce fait demander au professionnel qui l'a fait de reconsidérer sa prescription. Je pense que le règlement prévoit, d'ailleurs, l'existence d'un comité de pharmacologie, lequel devrait relever de l'étude de l'utilisation de la médication telle que la chose existe actuellement, non pas exclusivement non plus à l'égard des réactions adverses parce qu'on ne connaît pas toujours les réactions adverses, mais à l'égard de l'utilisation générale de la médication. Je suis à même de vous le dire, c'est une remarque qu'on fait fréquemment dans les centres hospitaliers, le comité de pharmacologie, par le fait que le pharmacien et que des médecins y siègent, peut améliorer énormément l'utilisation des médicaments. D'ailleurs l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec sera possiblement à même de vous le confirmer. Les pharmaciens ont participé à des études d'utilisation des médicaments qui ont été très utiles, non pas par le déplacement des responsabilités mais par la participation active du pharmacien dans les études concernant l'utilisation des médicaments.

Dans les commentaires qu'on vous a faits concernant le pharmacien dans les établissements, nous ne nous opposons pas du tout au fait que le pharmacien fasse partie du Conseil des médecins et dentistes. Au contraire, nous nous opposons à certaines dispositions réglementaires qui peuvent conduire à diverses difficultés qu'on vous a mentionnées. Il faut bien entendre que s'il y a des difficultés d'interprétation à ce niveau, il peut y en avoir beaucoup dans les petits centres hospitaliers où ils n'ont pas l'expertise qu'on peut retrouver autour des tables ici. Je crois que la participation du pharmacien au comité de pharmacologie pourrait permettre de régler le problème de l'utilisation des médicaments sans nécessairement parler de normes d'utilisation qui peuvent conduire à des difficultés d'interprétation par rapport aux règles de soins et conduire à des conflits de juridiction avec les responsabilités d'un chef de département de médecine qui doit élaborer des règles de soin concernant le traitement de l'infarctus du myocarde dans lequel interviendra nécessairement l'utilisation de

divers médicaments.

M. Johnson (Anjou): Le règlement actuel, à son article 161, dit: "Le chef de pharmacie: a) assume la responsabilité de la préparation et de la distribution des ordonnances ainsi que du contrôle de l'utilisation de tous les médicaments, drogues et poisons." C'était déjà relativement large. Vous me direz que la pratique à partir de ce règlement qui remonte à 1972 ou 1974 est celle que vous nous décrivez. Vous préféreriez qu'on renvoie cela au comité de pharmacologie où discutent la profession médicale et les pharmaciens.

M. Saint-Georges: Je pense, M. le ministre, qu'il est facile de faire la différence entre la responsabilité que le pharmacien a de faire le contrôle de l'utilisation des médicaments, de soumettre les données de ces divers contrôles au comité de pharmacologie et celle d'élaborer des normes d'utilisation des médicaments.

M. Johnson (Anjou): Merci. À la page 16 de votre mémoire, à l'article 25 du projet de règlement, il y a vos suggestions quant à la notion de médecin traitant. Si je comprends bien, vous voulez empêcher l'automatisme qui fait de celui qui admet le patient le médecin traitant, la notion de médecin traitant impliquant des notions de responsabilité sur le plan professionnel et même possiblement des responsabilités en termes civils dans le cas de difficulté ou de poursuite. Comment voyez-vous - prenons un exemple très concret - l'admission à l'urgence dans un centre hospitalier spécialisé ou surspécialisé avec omnipraticiens? Qu'est-ce qui se passe avec le patient si on décide que ce n'est pas celui qui admet qui devient automatiquement le médecin traitant, mais que ce doit éventuellement être le département auquel il est référé et le médecin assigné dans ce département pour le faire? Comment voyez-vous la transition?

M. Saint-Georges: Je voudrais faire une petite correction, je vous ai peut-être induit en erreur. Ce que l'on propose ce n'est pas que le médecin traitant doive être différent de celui qui admet, on propose que le médecin traitant soit le médecin au nom de **qui** le malade est admis, mais puisse être différent de celui qui a fait la demande d'admission.

M. Brière (Jacques): Voyez-vous, un médecin qui travaille à l'urgence - par exemple, un omnipraticien - s'il reçoit des malades à l'urgence, ce n'est pas nécessairement lui qui les traitera lorsqu'ils seront rendus dans les services de l'hôpital; alors je pense qu'il faut garder une possibilité qu'un médecin fasse la demande

d'admission, mais qu'elle soit faite au nom d'un autre médecin membre du Conseil des médecins et dentistes. C'est ce que vise la formulation que nous suggérons.

M. Johnson (Anjou): À la page 17 de votre mémoire, touchant l'article 29, étant donné que vous ne reviendrez pas en commission, sur le même sujet en tout cas, j'ai l'impression que l'opinion de la Corporation des infirmières risque d'être un peu différente de la vôtre. Ce que le projet de règlement prévoit à l'égard des renseignements qui doivent être transmis à celui qui fera l'objet d'une chirurgie ou d'une anesthésie, l'objectif c'est de s'assurer que les renseignements lui ont été donnés. Vous dites: Le code de déontologie y pourvoit. Les infirmières nous affirmeront - si je ne me trompe pas, mais peut-être de façon plus nuancée que je vais le dire - dans leur mémoire qu'elles ont parfois l'impression d'être ceux ou celles qui procèdent à cette information du patient. Je présume d'ailleurs que leur code de déontologie - cela ne me surprendrait pas - prévoit qu'elles doivent renseigner les patients sur les choses qu'elles sont habilitées à leur dire. Je voudrais savoir si vous êtes extrêmement insistants sur l'article 29.

M. Saint-Georges: L'insistance vient du fait qu'on ne croit pas que ce soit par la signature d'un document attestant que des informations ont été fournies qu'on va résoudre le problème. Je pense que tout bon chirurgien pourrait signer des piles d'attestations disant qu'il a toujours fourni les informations appropriées à son malade. Advenant qu'il y ait une difficulté d'interprétation, on aura la version du malade qui prétendra ne pas avoir eu les informations appropriées et on aura la version du chirurgien qui déposera même un document qu'il a signé attestant qu'il a fourni les informations appropriées. Si on s'aperçoit qu'un chirurgien ne fournit pas les informations appropriées, comme le malade doit signer un consentement dans lequel il indique qu'il reconnaît avoir reçu les informations appropriées, je pense que c'est avant la signature du consentement qu'on doit intervenir. Si effectivement les infirmières constatent que les malades sont mal informés par les chirurgiens, les anesthésistes ou par quelque médecin qui doit intervenir, je pense que la solution n'est pas d'obtenir quand même le consentement du malade malgré les mauvaises informations et de faire signer au chirurgien une attestation disant qu'il a fourni les bonnes informations. Je pense qu'il faut intervenir avant que le consentement ne soit fourni et demander au chirurgien de fournir des informations additionnelles au malade. Par ailleurs, dans les cas où il n'y

aurait pas de difficultés particulières à l'obtention du consentement, du fait que le malade reconnaît avoir eu de bonnes informations, nous croyons que la disposition actuelle voulant que les chirurgiens contresignent quand même le consentement demeure importante, particulièrement à cause des restrictions qu'un malade pourrait apporter à un consentement. Tout le monde sait par exemple qu'un malade, au consentement anesthésique, pourrait dire: Je ne veux pas avoir d'anesthésie rachidienne. Et tout le monde connaît des situations qui ont conduit à des difficultés particulières, pour ne prendre que cet exemple. Nous croyons que la disposition actuelle est davantage susceptible de protéger le malade qu'une disposition réglementaire qui permettrait possiblement d'avoir plus de documents dans les dossiers, mais qui n'améliorerait pas la protection de la population.

M. Lapierre: D'autre part, M. le ministre, si les infirmières constatent que certains médecins donnent rarement les informations requises, je pense qu'elles peuvent en informer, soit l'administration hospitalière, soit la Corporation des médecins qui verra à s'assurer que les médecins respectent le Code de déontologie qui demande que des informations soient fournies aux malades.

M. Roy: Je peux peut-être ajouter, M. le ministre, que la question du consentement prend une importance énorme dans notre société d'aujourd'hui, où on parle de plus en plus de consentement informé. Il y a même un jugement de la Cour suprême qui établit certaines normes depuis l'année dernière. Il est essentiel que les patients soient extrêmement bien informés de ce qui va leur arriver lorsqu'ils subissent une intervention de quelque nature que ce soit. Il est important que toutes les personnes oeuvrant à l'intérieur d'une institution s'assurent que le malade soit bien informé. Il nous apparaît essentiel que le médecin qui participe à l'intervention assure par sa signature qu'il a vraiment informé le malade, qu'aussi toutes les autres personnes soient exactement conscientes de l'importance des actes qui sont posés et que le patient les accepte en bonne et due forme. Ces signatures sont bien importantes si jamais il y a des contestations devant les tribunaux plus tard. Tout cela est dans l'intérêt du patient lui-même.

M. Johnson (Anjou): Je pense que sur le fond tout le monde s'entend, ne serait-ce que lors de l'étude du projet de loi 106 sur la réforme du Code civil où il en a été longuement question. Je pense, d'ailleurs, que la corporation avait témoigné, si je me souviens bien, comme beaucoup d'autres

groupes. Finalement la problématique du consentement éclairé des personnes est une chose sur laquelle on insiste, y compris dans le Code civil, qui n'est pas la moindre des lois dans une société. La véritable question qui se pose est finalement la suivante: en étant conscient que votre Code de déontologie - appliqué par votre corporation - s'applique et que la corporation, de façon systématique d'ailleurs, l'applique dans la mesure où elle a les ressources pour le faire tout le temps... Est-ce que cela n'irait pas mieux en disant - c'est un peu ce que l'AHQ nous dit dans son projet: "Avant de procéder à une anesthésie ou à une intervention chirurgicale, le médecin ou le dentiste doit donner les informations appropriées au bénéficiaire ou à son représentant légal?" Je suggérerais qu'on le mette carrément comme une obligation découlant de la réglementation, mais je prends bonne note de... Je pense qu'on s'entend bien sur la problématique, sur les tenants et sur les aboutissants. Cela reste assez largement une question de jugement d'opportunité. Dr Lapierre?

M. Lapierre: M. le Président, on n'aurait pas d'objection à un article comme celui que vous venez de mentionner. C'est au sujet de la signature d'un document comme quoi il les a données qu'on dit que cela ne donne rien, que cela n'ajoute rien. Cela n'ajoute qu'une signature.

M. Johnson (Anjou): Merci de vos remarques sur le diagnostic final pour les fins de la compilation. "Sauf dans les cas..." Je m'excuse, page 22, au sujet de la note de départ, il faudrait donc ajouter à la fin du paragraphe 20: "Sauf dans les cas d'obstétrique normaux ou de nouveau-nés normaux." Vous me dites qu'à toutes fins utiles c'est la pratique du milieu.

M. Saint-Georges: C'est ce qui a toujours été reconnu, d'ailleurs, de par les dispositions, dans les normes du Conseil canadien d'agrément, etc. Tout le monde a toujours convenu que, pour un nouveau-né normal et dans le cas d'un accouchement normal, le dossier était tellement ténu qu'il tenait compte de notes de départ, à toutes fins utiles.
(11 heures)

M. Johnson (Anjou): D'accord. Il y a un sujet assez vaste qui, je pense, ne manque pas d'intérêt. J'aimerais avoir l'opinion de la corporation là-dessus, comme celle des conseils des médecins et dentistes et celle des fédérations. Concernant le statut des médecins, l'Association des hôpitaux du Québec suggère d'introduire quatre catégories de médecins quant à leur statut: actif, associé, conseil et honoraire, avec, dans chacun des cas, des limites quant à leur

participation au Conseil des médecins et dentistes, leur possibilité de siéger au conseil exécutif ou d'exercer certains types de privilèges dans l'établissement. Est-ce que vous connaissez la position de l'association là-dessus? Je présume que vous l'avez entendue hier. Pour les fins de la discussion, je pourrais la répéter.

L'AHQ nous suggère qu'à l'article 87 on introduise l'article suivant:

"Le conseil d'administration accorde à un médecin ou dentiste l'un des statuts suivants:

"A. Actif: le statut d'actif est accordé à un médecin ou dentiste dont l'étendue, l'importance et la nature de ses privilèges font qu'il participe d'une façon principale aux activités cliniques dans l'établissement;

"B. Associé: le statut d'associé est accordé à un médecin ou dentiste dont l'étendue, l'importance et la nature de ses privilèges font qu'il participe d'une façon subsidiaire aux activités cliniques dans l'établissement;

"C. Conseil: le statut de conseil est accordé à un médecin ou dentiste reconnu pour sa compétence et son rayonnement professionnel et qui exerce sa discipline dans l'établissement sur demandes de consultation;

"D. Honoraire: le statut d'honoraire est accordé à un médecin ou dentiste dont on veut reconnaître les services rendus à l'établissement."

De cela découle, dans le cas du médecin ou dentiste actif, le droit de vote aux assemblées, la possibilité d'être élu au comité exécutif du CMD et la nécessité d'être membre des comités auxquels il pourrait être nommé.

Dans le cas du médecin avec un statut d'associé, participation aux assemblées sous réserve des règlements généraux de l'assemblée, sans droit de vote. Ne peut être élu au comité, mais doit être membre d'un comité s'il y est nommé par le conseil.

Dans le cas du médecin-conseil, présence et participation aux assemblées sous réserve des règlements du conseil, sans droit de vote. Ne peut aller à l'exécutif non plus, mais doit être membre du comité d'évaluation médicale et seulement celui-là, si on le désigne pour ce faire. Finalement... Non, l'autre, c'est résident.

Est-ce que je pourrais vous entendre sur la formulation actuelle que propose l'AHQ?

M. Saint-Georges: J'ajouterais même à tout ce que vous avez dit, M. le ministre, que l'AHQ, soit lors de discussions en commission parlementaire ou dans son mémoire - je ne me souviens pas - dit que l'attribution de statut à un médecin au regard au Conseil des médecins et dentistes était une notion dépassée et qu'il fallait éventuellement établir le statut d'un médecin

en relation avec ce qu'il propose comme étant les activités professionnelles de l'individu.

Je crois que si on examine la réglementation, ne serait-ce que par sa disposition, parce que le chapitre VII traite du Conseil des médecins et dentistes, il est normal que, dans sa première section, quand on parle du statut des médecins et dentistes, on parle du statut des médecins et dentistes à l'intérieur du Conseil des médecins et dentistes. J'aurais beaucoup de difficulté à comprendre que le statut d'un individu à l'intérieur d'un organisme ne soit pas relié à sa participation à cet organisme-là ou à l'input qu'il peut donner dans un organisme. C'est la première raison.

Je pense que ce que l'AHQ a voulu proposer, c'est une notion qui mérite d'être retenue, mais dans un contexte différent. D'ailleurs, si on se réfère à ce que, là encore, la Joint Commission on Accreditation et le Conseil canadien suggèrent - et j'y adhère - c'est que l'on maintienne le mode d'intégration au Conseil des médecins et dentistes par l'établissement d'un statut à l'intérieur de ce conseil-là. J'ajouterais que l'on devrait définir le mode d'intégration des médecins et dentistes à l'intérieur d'un département clinique qui puisse être différent du mode d'intégration d'un médecin à l'intérieur d'un Conseil de médecins et dentistes. En fait, si on regarde les définitions proposées, on se réfère toujours aux activités et à l'intégration de l'individu à l'intérieur d'un conseil. Le règlement est silencieux et les règlements qui existaient antérieurement ont toujours été silencieux sur les modes d'intégration des médecins et des dentistes à l'intérieur des départements, mais je pense que c'est la piste à retenir. Je crois que parce qu'un individu peut avoir un statut X à l'intérieur d'un Conseil de médecins et dentistes, il pourrait être fort pensable qu'il ait un statut Y à l'intérieur d'un département clinique. Je pense que les hôpitaux anglophones, par exemple, ont retenu avant nous cette notion d'appartenance départementale alors que nous avons retenu cette notion d'appartenance à ce qui était le bureau médical autrefois. Je ne pense pas qu'on clarifie les choses à vouloir les fondre. Je pense qu'on les rendra plus confuses.

M. Johnson (Anjou): L'article 96 - je m'excuse, c'est un peu long peut-être - à la page 25...

Mme Lavoie-Roux: Et l'Opposition et le gouvernement, je vois cela.

M. Johnson (Anjou): On essaie de se renseigner essentiellement. L'article 96 à la page 25 de votre mémoire concerne la présence du directeur général sur le comité

d'examen des titres. J'entendais un directeur général me dire récemment: C'est ennuyant comme la mort d'aller à un comité d'examen des titres parce que les gens se mettent à parler des publications Unetelle sur les mitochondries dans le néphron gauche. Bon! Les discussions sur l'examen des titres sont extrêmement importantes, notamment quand on pense, encore une fois, aux hôpitaux surspécialisés ou spécialisés. Il n'en reste pas moins que la notion de la pertinence de l'admission dans le groupe médical, par exemple, m'apparaît extrêmement importante et engager non seulement une évaluation de la qualité du dossier et des titres d'un individu, mais aussi une certaine conception qu'on se fait des priorités de l'établissement.

Je vous donne un exemple très concret. Un groupe de trois ou quatre néphrologues d'un hôpital donné, qui sont des gens qui excellent dans leur domaine, qui ont publié, qui sont remarquables, etc., postulent pour arriver dans un autre établissement, tout cela dans le cadre des plans d'effectifs. Le comité d'examen des titres sera, par définition, sans doute impressionné par la qualité du matériel humain qui se présente, mais la question est de savoir: Tu développes ton service de néphrologie dans cet hôpital. Est-ce que ton choix n'a pas été plutôt l'oncologie ou la cardiologie ou autre chose? Dans ce sens-là, le type de discussion qu'il y a au niveau de l'examen des titres m'apparaît être de deux ordres: d'une part, le dossier proprement dit des postulants - cela reste essentiellement une question d'évaluation scientifique et médicale - mais, d'autre part, les conséquences d'une recommandation positive sur le

développement et sur les priorités de l'établissement. Il me semble que le DG a sûrement des choses à dire là-dessus comme d'autres personnes dans l'établissement. Je voudrais vous entendre un peu là-dessus.

M. Saint-Georges: Je partage tout à fait les préoccupations que vous mentionnez, M. le ministre, mais je les situerais à un autre niveau. La pertinence de l'intégration des médecins, d'après moi, si les mots veulent dire ce qu'ils veulent dire, à savoir comité d'examen des titres, devrait faire l'objet d'une étude au niveau du comité exécutif plutôt qu'au niveau du comité d'examen des titres. D'ailleurs, on remarque dans plusieurs centres hospitaliers des dissensions et des discussions tout à fait inutiles, d'après moi, à l'égard justement de ce problème de pertinence, l'exécutif disant: Nous croyons pertinent d'admettre quelqu'un dont vous avez étudié la candidature et dont vous ne recommandez pas l'insertion dans notre organisation. Je pense que l'étude de la pertinence ne devrait pas se faire au comité de l'examen des titres, mais qu'elle devrait se faire au comité exécutif où,

justement, siègent le directeur général, le DSP et les autres membres du comité exécutif. Et le fait de vous recommander que le directeur général ne fasse pas partie du comité d'examen des titres n'avait pas pour but de l'empêcher de s'ennuyer. Pour nous, il n'était pas important que le directeur général aille là. Les mots étant ce qu'ils sont, l'étude des titres n'étant pas reliée à la pertinence de la candidature, la pertinence de la candidature devrait relever d'une autre instance qui, entre autres, doit être consultée dans l'établissement du plan d'organisation. Ce n'est pas le comité d'examen des titres qui est consulté dans l'établissement du plan d'organisation, c'est le comité exécutif. Ce sont les membres du comité exécutif qui sont beaucoup plus aptes à discuter de la pertinence que les membres du comité d'examen des titres.

M. Johnson (Anjou): Je pense qu'on a bien clarifié quels étaient les enjeux. Il reste cependant que dans la dynamique des choses ou dans la réalité, si le comité d'examen des titres vous dit: Voilà de la graine de prix Nobel pour notre hôpital, cela met évidemment le comité exécutif dans une position un peu plus difficile.

Mme Lavoie-Roux: Il dit: On va le congédier immédiatement.

M. Johnson (Anjou): Le cynique député de Westmount!

M. French: Je crois qu'il a un baccalauréat en biochimie et microbiologie à part cela. Je m'excuse auprès du ministre.

M. Johnson (Anjou): Parce qu'il voulait être chef de département.

M. Lapierre: M. le ministre, à propos du comité d'examen des titres, il faut réaliser que c'est le conseil d'administration, selon l'article 8, qui décide des orientations et des activités de l'établissement. Il faut réaliser que c'est le plan d'organisation qui va déterminer le nombre de médecins par service. Alors, les orientations, en fait, sont prises à d'autres niveaux qu'au comité d'examen des titres. Et le comité d'examen des titres n'a qu'à décider si la candidature est valable ou non sur le plan professionnel.

M. Johnson (Anjou): Dans la mesure où, effectivement, il y a un plan d'effectifs, etc., le processus est un peu différent.

M. Saint-Georges: Et dans la mesure où il n'y en aurait pas, ce ne serait surtout pas au comité d'examen des titres d'en établir un.

M. Johnson (Anjou): En effet. J'ai une

question concernant, à la page 27, les sanctions. Vous suggérez de réintroduire l'univers des sanctions qui existait dans le règlement antérieur et, notamment, l'article d), "l'interdiction d'utiliser certaines ressources de l'établissement." Pourriez-vous me donner un exemple? Quel peut être ce type de sanction? Que veut dire une ressource de l'établissement?

M. Saint-Georges: Cela veut dire ce que la loi en dit, M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Est-ce que cela voudrait dire que, dans l'appareil de sanction qui peut être utilisé, on pourrait interdire à un médecin, à la suite de ce qu'on a évoqué dans les pages précédentes, d'utiliser un appareil donné, par exemple?

M. Saint-Georges: Possiblement. Ou d'avoir accès à tel genre d'analyse, à tel genre d'examen, etc. Si on s'apercevait qu'un individu ne pouvait pas utiliser à bon escient les résultats de tel genre d'examen, on pourrait lui dire que dorénavant il n'aurait plus accès à ce genre d'examen, établir un encadrement; c'est une ressource.

M. Roy: Je vais prendre un exemple précis, l'échographie, qui se développe à un rythme phénoménal. Supposons que ce sont les radiologistes qui font l'échographie et que tous les radiologistes se prétendent bons en échographie, même si un ou deux n'ont pas suivi les cours appropriés. Il se pourrait à un moment donné que celui qui veut se servir de l'échographie sans en avoir la préparation, faisant de mauvaises interprétations, soit l'objet de sanction et puisse se voir interdire l'utilisation de l'échographie à l'intérieur du département de radiologie. Cela pourrait s'appliquer en cardiologie ou dans différents domaines. C'est uniquement pour limiter l'exercice d'un médecin qui n'aurait pas la compétence voulue pour faire ce travail. On a déjà ce genre de sanction possible à notre comité de discipline qui peut limiter l'éventail de l'exercice d'un médecin dépendant de ses capacités sans l'empêcher totalement d'exercer, et tout cela est fait dans le but de protéger davantage le patient. Je crois qu'il faut donner un peu de latitude au comité de discipline pour pouvoir cerner les problèmes sans aller d'un extrême à l'autre.

(11 h 15)

M. Johnson (Anjou): Il y a deux autres suggestions que vous nous faites à cette page, je les retiens comme étant extrêmement intéressantes. D'abord, la notion d'assortir la sanction d'une recommandation concernant la mise à jour des connaissances, ce qui donnerait un instrument à la corporation qui a développé passablement ce type de services depuis quelques années.

Deuxièmement, votre dernière remarque au sujet de l'audition du médecin en compagnie d'un avocat. Je crois que c'est une question essentiellement juridique. J'aurais tendance à croire que la règle générale audi alteram partem s'applique. Cela devient une question d'opportunité de savoir si cela doit être précisé ou pas dans le cadre de la réglementation.

M. Saint-Georges: Nous proposons que cela soit précisé. Comme on le mentionnait tantôt, les règlements sont un outil de travail pour les médecins, pour les administrateurs des centres qui n'ont pas nécessairement une formation juridique du type de celle qu'on peut avoir ici aujourd'hui. On pense que plus on précise la réglementation plus on empêche que des individus fassent des erreurs et se trouvent entre autres, devant la possibilité d'appel, en ce qui concerne la Commission des affaires sociales, pour des questions de procédure qui sont inconnues de ceux qui les administrent.

M. Johnson (Anjou): Merci beaucoup, messieurs.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. le Président. Je veux m'associer au ministre dans les propos qu'il a tenus au début de son intervention touchant la qualité de votre mémoire et les nombreuses suggestions qui y sont contenues, particulièrement dans la deuxième partie. Si ces dernières suggestions étaient retenues, elles auraient pour effet d'améliorer le règlement. Entre autres, le ministre vient de parler des sanctions, et cela semble être des remarques assez mineures, mais il y a la question de l'isolement. Ce que le ministre avait en tête, c'est peut-être certaines difficultés qui sont survenues dans des établissements où on n'a pas été assez diligent pour prendre les mesures qui s'avéraient nécessaires. Par contre, ce n'est peut-être pas nécessaire, non plus, d'en faire une règle absolument générale. Il y a plusieurs de ces remarques dont le ministre tiendra compte quand il fera ses recommandations au Conseil des ministres.

À la première page, à l'introduction, j'aimerais que vous m'explicitiez une chose. Vous développez le principe qui est mentionné plus haut que "les ressources professionnelles non médicales devraient être directement accessibles à l'ensemble des bénéficiaires sans biais, ni chapeautage médical." Dans votre explication, à la fin, vous dites "en évitant la création d'instances distinctes souvent paralysantes et toujours coûteuses". Pourriez-vous nous donner un exemple de cela? Je comprends ce que vous

voulez dire par votre principe mais, quand vous dites que l'effet de ceci est la création d'instances distinctes souvent paralysantes, pouvez-vous expliciter cela un peu plus?

M. Saint-Georges: Sans élaborer davantage, on peut vous indiquer qu'il s'agit tout simplement, entre autres, de la création de directorats qui se veulent indépendants et qui créent des tensions inutiles alors que les ressources devraient être à l'égard d'objectifs connus des gens. Je crois qu'il est important, comme on l'indique dans le mémoire, que les gens réalisent bien que, malgré l'autonomie de chacun des professionnels dans un établissement de santé, c'est à l'intérieur de l'équipe professionnelle que cette autonomie a le plus de chances de se réaliser et de rendre service aux bénéficiaires et non pas à l'extérieur de l'équipe professionnelle qui est appelée à rendre des services individuels avec des gens. Il faut que le tout concoure au traitement de l'individu de façon générale. On a vu dans des endroits la création de directorats qui pour nous tentent plutôt de diviser cette équipe professionnelle que de s'assurer la participation des individus à un objectif précis.

M. Johnson (Anjou): Par exemple?

Mme Lavoie-Roux: Je m'en venais avec cela. Vous pouvez prendre tout le temps.

M. Johnson (Anjou): Non, non. Je vous en prie.

Mme Lavoie-Roux: Comme le faisait remarquer un de ses collègues, ils se sentent dans l'Opposition depuis ce matin. Alors, cela leur permet d'accaparer le temps de l'Opposition. Allez-y, M. le ministre.

M. Rochefort: Sentez-vous pas au pouvoir trop vite, par exemple.

Mme Lavoie-Roux: Là-dessus, vous pouvez compter sur ma prudence.

M. Rochefort: L'expérience peut servir.

M. French: Sur les leçons du passé. C'est cela, c'est la force de l'expérience.

M. Johnson (Anjou): Je ne savais pas qu'une quête de renseignements de ma part amènerait un tel étalement de partisanerie.

Mme Lavoie-Roux: On n'est pas tout à fait aveugle.

M. Johnson (Anjou): Donnez-nous un exemple, Dr Saint-Georges, quand vous parlez de directorat.

M. Saint-Georges: Un exemple que tout

le monde connaît et dont personne ne parle, c'est celui du directorat des services hospitaliers qui peut, dans certains centres, avoir tout à fait sa raison d'être et, dans d'autres centres, concourir à diviser inutilement la poursuite des objectifs par les divers professionnels par le fait que, par exemple, au niveau des laboratoires, vous ayez des techniciens de laboratoire qui relèvent d'une autorité sur le plan administratif et qui relèvent d'une autre autorité sur le plan professionnel. Le règlement semble vouloir corriger cela en voulant que le chef de département soit dorénavant responsable de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières. On peut retrouver cela dans plusieurs endroits. Je pense que c'est l'exemple classique. Non pas que je prêche que le directeur des services hospitaliers ne doit pas exister, mais je pense qu'il ne faut pas, non plus, faire une religion du directeur des services hospitaliers. Je pense que ces individus doivent concourir, comme tout le monde. Qu'ils concourent à titre de directeur, à titre d'adjoint, à titre d'individu ou à tel autre titre, c'est une course au statut qui, pour moi, n'a pas sa place dans une réglementation traitant de l'organisation des établissements.

Mme Lavoie-Roux: Cela va. Je vais prendre un exemple très concret: si vous avez dans un hôpital universitaire sept ou huit psychologues ou même davantage, est-ce que cela voudrait dire que vous ne supporteriez pas ou que vous seriez contre l'établissement d'un département de psychologie, avec un directeur, évidemment, à sa tête?

M. Johnson (Anjou): Pensez à l'hôpital du Sacré-Coeur en particulier.

M. Saint-Georges: Si on prend les termes pour ce qu'ils sont, indépendamment de l'hôpital du Sacré-Coeur, je pense que...

Mme Lavoie-Roux: Je ne pensais pas à l'hôpital du Sacré-Coeur; c'est le ministre qui a des problèmes.

M. Saint-Georges: J'essaie de répondre aux deux en même temps.

Mme Lavoie-Roux: Cela complique la vie.

M. Saint-Georges: Je crois que, dans un centre hospitalier de soins de courte durée - pour redevenir sérieux - ce n'est probablement pas l'endroit où l'on devrait s'attendre à l'instauration d'un département de psychologie au sens où l'on utilise le terme "département" depuis le début de la discussion. Je pense que les psychologues,

comme les techniciens professionnels de diverses autres professions, devraient s'intégrer à l'intérieur de départements cliniques sans pour autant perdre leur identité. C'est la création de tels départements qui, je pense, rend les relations entre les psychologues et les psychiatres, pour prendre l'exemple que vous venez de soulever, parfois très difficiles et inutilement difficiles. Alors que, dans les faits, ces gens travaillent ensemble, se rencontrent, quand on discute de l'organisation, on dirait qu'on ne parle plus aux mêmes personnes. On parle à des professionnels qui voudraient, entre autres, qu'il existe une corporation professionnelle dans chaque établissement au même titre qu'il en existe une dans la société. Je pense que les objectifs poursuivis par les diverses corporations professionnelles et le fait qu'on ait reconnu diverses professions ne doivent pas mener nécessairement à un corporatisme identique à l'intérieur des établissements.

Mme Lavoie-Roux: Mais vous ne croyez pas justifié, quand il y en a un nombre suffisant, d'avoir strictement au plan professionnel la possibilité d'une certaine coordination? Ils sont quand même responsables, au point de vue de leur corporation, de la qualité des actes professionnels qui sont posés. Je ne vous donnerai pas de chiffres arbitraires, mais on dit, par exemple, que, lorsqu'il y a plus de cinq médecins dans un CLSC, il faut qu'il y ait un conseil de médecins et dentistes. N'y aurait-il pas aussi des normes à établir en ce sens-là pour assurer, justement, la qualité des actes professionnels de ces personnes, même si elles travaillent en collaboration et à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire?

M. Saint-Georges: Il m'est sûrement beaucoup plus difficile de vous faire des remarques concernant l'intégration des autres professionnels que les médecins, mais si on revient à la profession médicale on peut peut-être en tirer des exemples. Ce n'est pas nécessairement parce que vous avez dans un centre hospitalier deux neurochirurgiens qui sont très habiles que vous devez nécessairement créer un département de neurochirurgie, malgré que les actes neurochirurgicaux puissent être très importants. Mais si l'on veut que ces deux neurochirurgiens concourent à l'atteinte des objectifs établis par le plan d'organisation, il est peut-être essentiel et nécessaire que l'on ne multiplie pas inutilement les départements, comme on le voit dans certains centres hospitaliers qui ont parfois 25 à 30 départements où ce n'est, à toutes fins utiles, pas administrable.

Il y a eu des exercices intéressants, particulièrement dans des hôpitaux universitaires de Québec, ici, où on est passé

récemment de 26 à 12 départements. Je ne pense pas que la qualité des services des divers professionnels en ait souffert pour autant. Peut-être que la dignité de quelques professionnels a été atteinte par le fait que dorénavant ils seront appelés chefs de service plutôt que chefs de départements, mais l'objectif quant au traitement des individus a sûrement été maintenu.

Mme Lavoie-Roux: À la page 7 de votre mémoire - et je pense que d'une certaine façon il y a une association - vous faites une recommandation en disant que "les responsabilités dévolues aux chefs de départements mentionnés aux articles 69 et 70 ne doivent pas être interprétées comme limitant les responsabilités de gestion pouvant être attribuées aux autres chefs de départements cliniques." C'est peut-être une question posée à vous et au ministre, compte tenu que nous ne retournerons pas en discussion article par article. C'est une formule différente compte tenu que c'est un règlement que nous examinons. Je comprends pourquoi vous voudriez l'étendre. Il semble que vous souhaitez que, dans le plan d'organisation des centres hospitaliers, on crée les mêmes obligations pour d'autres départements que pour la radiologie et la biologie médicale. C'est ce que je comprends.

M. Saint-Georges: Mme Lavoie-Roux, ce que l'on veut dire, c'est que, si le plan d'organisation veut créer les mêmes obligations, on ne l'empêche pas de le faire, comme la loi lui permet, d'ailleurs, de le faire.

Mme Lavoie-Roux: Je ne sais pas si le ministre veut nous expliquer ses intentions là-dessus.

M. Johnson (Anjou): Le Dr Saint-Georges...

M. Saint-Georges: Je ne voudrais pas répondre avant M. le ministre...

M. Johnson (Anjou): Non, non, allez-y.

M. Saint-Georges: ...mais cela lui donnera le temps de réfléchir.

Mme Lavoie-Roux: Tout le monde vous aide.

M. Saint-Georges: En fait, Mme Lavoie-Roux, pour répondre à votre question, je dis que la loi établit qu'un chef de département clinique gère les ressources de son département selon les dispositions du plan d'organisation. C'est général. Ce n'est pas plus précis que cela. Le règlement vient indiquer qu'en radiologie et en laboratoire les

chefs de ces deux départements gèrent les ressources humaines, matérielles et financières. On ne voudrait pas que le fait d'inclure ces responsabilités pour ces deux chefs seulement soit interprété comme ne pouvant pas s'appliquer à d'autres si l'établissement voulait que cela s'applique à d'autres.

M. Johnson (Anjou): L'article de la loi 27 là-dessus a été, je dirais presque à dessein, rédigé d'une façon qui laissait place à une certaine interprétation. Quand on parle de ressources mises à leur disposition, est-ce que ce sont les ressources humaines, matérielles, etc? On le précise dans le règlement dans le cas de deux départements seulement, notamment parce qu'il y a là une expérience accumulée empiriquement. L'élargissement au niveau de la loi de ce concept aurait pu signifier à toutes fins utiles que l'on demandait aux chefs de départements dans l'ensemble des départements d'être responsables même de l'application des conventions collectives et d'une série de choses, finalement, dont je ne suis pas sûr que les médecins veuillent s'occuper.
(11 h 30)

Ce que nous dit la corporation c'est que, par ailleurs, à certains endroits cette présence, cette expertise, c'est vécu sur le terrain. On devrait s'organiser pour que le règlement qu'on adopte à l'égard des deux autres services n'empêche pas que ce soit vécu ailleurs, si c'est vécu ailleurs par le milieu en vertu de choix faits par l'établissement au niveau du plan d'organisation et éventuellement approuvés dans le cadre aussi de la présence des plans d'effectifs au niveau du conseil régional. Maintenant, est-ce que c'est utile ou pas de le dire juridiquement? On va regarder cela dans ce sens-là.

M. Saint-Georges: Les interprétations juridiques que nous avons eues nous amènent à vous suggérer qu'il serait utile de l'indiquer.

M. Johnson (Anjou): C'est la nature même de la pratique du droit d'amener des interprétations différentes.

Mme Lavoie-Roux: Puisque nous en sommes à la question des départements cliniques, l'Association des hôpitaux du Québec nous a fait des représentations à savoir qu'il n'était peut-être pas sage de rendre obligatoire dans les quelque 200 centres hospitaliers du Québec, nécessairement avec un chef de département, la création d'un département clinique de radiologie et de biologie médicale. Vous n'y faites pas allusion dans votre mémoire. Ils l'ont présenté d'abord sous l'angle des coûts,

si c'est vraiment nécessaire partout. Ils évaluent cela à environ 30% peut-être des centres hospitaliers qui font de la radiologie, mais sur une base moins organisée et avec peut-être pas tout le personnel qui serait désirable. Est-ce que vous l'avez examiné sous cet angle, de la nécessité que cette obligation soit faite à tous les centres hospitaliers du Québec et sous l'angle des coûts?

M. Saint-Georges: Je vous avoue que notre mémoire n'en fait pas mention parce qu'on n'a pas examiné cet aspect préalablement. On l'a examiné depuis. Effectivement, je pense qu'il faut honnêtement indiquer qu'il y a possiblement l'équivalent d'environ 30% des centres hospitaliers qui auraient de la difficulté à avoir constamment les ressources sur place pour établir ces deux départements.

Par ailleurs, je pense qu'on doit dire qu'en plus de faire cette constatation on devrait se poser d'importantes questions sur ces centres hospitaliers qui ne peuvent pas fournir des services de biologie médicale, sur ces centres qui ne peuvent pas fournir de services de radiologie. Je pense qu'une solution à ce problème, qui est difficile par ailleurs du fait que dorénavant on n'aura plus la catégorisation des centres hospitaliers en soins généraux, soins spécialisés et soins ultraspécialisés, serait peut-être le regroupement des laboratoires de biologie médicale et des services de radiologie dans ce qui pourrait être des départements des services diagnostiques pour les hôpitaux où effectivement on est en rareté d'effectifs.

Je pense qu'il est important, pour ces hôpitaux de moindre importance qui n'ont peut-être pas sur place et constamment les personnes, qu'on regroupe ces services diagnostiques sous l'autorité d'un chef de département pour s'assurer que, sur le plan professionnel, on ait une supervision et un contrôle appropriés, alors que, sur le plan de la gestion, le directeur des services professionnels, de par ses responsabilités, pourrait possiblement assumer une partie de la gestion de ces départements moindres de services diagnostiques.

Mme Lavoie-Roux: J'aimerais vous poser une question très directe sur ce qui est prévu dans les règlements, soit la création d'un département clinique de pharmacie. Vous avez des restrictions dans votre mémoire, si je les interprète bien on en a discuté avant-hier - à savoir qu'on irait peut-être au-delà de la lettre ou de l'esprit de la loi en établissant un tel département. Vous dites que cela peut créer des difficultés d'interprétation. Je pense que vous dites la même chose en d'autres termes. Si la loi était modifiée, est-ce que vous seriez - pour éviter ces difficultés d'interprétation

auxquelles vous faites allusion - prêt à appuyer la création du département clinique de pharmacie?

M. Saint-Georges: Je pense qu'il y a peut-être lieu de préciser, Mme la députée. En fait, dans notre mémoire, on ne discute pas du département de pharmacie; on discute de l'intégration du pharmacien dans les conseils de médecins et dentistes, ce qui est très différent. À une question hypothétique, il est difficile de répondre si on serait d'accord avec une telle orientation advenant une modification de la loi. Ce qu'on a voulu souligner, c'est que divers articles pourraient être très difficiles d'application parce que la loi n'a pas été modifiée. Si on modifiait la loi pour faire du Conseil des médecins et dentistes du Québec, dorénavant, un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, on pourrait discuter de la chose, mais je ne peux absolument pas fournir de réponse actuellement. C'est une discussion qu'on n'a pas envisagée.

Mme Lavoie-Roux: Vous ne répondez pas aux questions hypothétiques.

M. Roy: Comme les politiciens.

Mme Lavoie-Roux: Il y a un autre problème qui a été discuté avant-hier touchant l'organisation d'un service médical à l'intérieur des centres d'accueil d'hébergement. On a dit que l'on devait exercer beaucoup - j'allais dire de réserve, mais je ne voudrais pas, non plus, mal interpréter - de prudence à cet égard. Par contre, dans votre mémoire, vous dites: "L'organisation d'un service médical dans un centre d'hébergement nous apparaît être une nécessité importante, principalement au regard des responsabilités qu'un conseil de médecins et dentistes devrait normalement assumer, s'il en existait un." Cela vous semble une chose très importante. J'aimerais que vous nous expliquiez quels sont les problèmes de fonctionnement que vous rencontrez, les motifs sur lesquels vous vous appuyez pour dire qu'il vous semble très important que le règlement le prévoie ou maintienne - c'est ce que je crois comprendre - ce qui est prévu.

M. Saint-Georges: À cette question, Mme la députée, bien qu'on puisse toujours l'améliorer, si on s'est dit d'accord en principe avec la proposition globale du règlement, c'est à la suite de constatations faites lors de la visite des centres d'accueil d'hébergement où on réalise qu'à l'égard de l'organisation médicale il devrait exister une organisation davantage formelle que celle qui existe, ne serait-ce que pour s'assurer que des individus sont de garde constamment, sont disponibles pour voir de quelle façon on

s'assure que les soins médicaux appropriés sont rendus dans les cas d'urgence, de quelle façon on s'assure de la disponibilité des médecins advenant le décès d'un bénéficiaire. Malheureusement, dans la très grande majorité des petits centres d'accueil, à l'exception des plus considérables où vous avez 300 ou 400 personnes, on ne réalise pas la nécessité de cet encadrement, la nécessité de discuter de ces éléments avec les divers médecins qui y vont.

Voici ce que nous avons fait dans le passé. Lors de la visite des centres d'accueil nous faisons parvenir au médecin responsable ou au directeur général, lorsque aucun médecin n'est responsable diverses recommandations sur cette espèce d'encadrement dont il devrait se doter. Je dois vous dire que plusieurs directeurs généraux m'ont appelé personnellement pour me dire: Chez nous, ça va bien. Pourquoi discuterions-nous de tel genre de problèmes? Le médecin nous avise lorsqu'il part et ça va bien tant que le médecin qui part n'avise pas. On a fait réaliser à plusieurs directeurs généraux que le fait de ne pas discuter des problèmes n'était pas de nature à les régler. Il y aurait peut-être avantage à établir un minimum de réglementation et d'encadrement dans ces endroits. Des directeurs généraux m'ont rappelé par la suite pour me dire que j'avais raison et que cela leur avait permis d'éclaircir certains problèmes dont se plaignait le personnel infirmier à l'égard des médecins ou vice versa. Cela n'est pas obligatoire selon le règlement actuel; c'est pour cette raison qu'on est d'accord avec les dispositions du service médical pour conscientiser les médecins et pour s'assurer que les médecins adhèrent aux objectifs du centre d'accueil.

On a eu l'occasion d'en discuter hier, alors que vous-même, je pense, posiez une question à savoir si les bénéficiaires avaient accès à leur propre médecin lorsqu'ils allaient dans les centres d'accueil. Nous vous avons cité des cas où on avait, pour un centre d'accueil de 30 personnes, 17 médecins différents, ce qui créait des difficultés et ce qui effectivement crée des difficultés. Tant que ces centres ne sont pas obligés de faire cette réflexion, il y a parfois des centres qui ne la font pas, malheureusement. Je pense que les dispositions du règlement pourraient amener les gens à réfléchir sur le sujet.

Mme Lavoie-Roux: Ce que vous dites, c'est que présentement il y aurait des centres d'accueil qui n'auraient même pas pris les dispositions pour s'assurer de la présence d'un médecin à certains moments ou selon certaines circonstances. Est-ce que vous iriez aussi loin que de dire que, finalement, c'est un peu à la va comme je te pousse?

M. Saint-Georges: Dans certains petits centres d'accueil, j'ai l'impression que c'est comme cela, sans mauvaise volonté de la part des personnes, mais parce que, finalement, l'organisation des centres d'accueil ne s'est pas astreinte à ce point. Nous pensons qu'il est important que les médecins s'astreignent à un certain encadrement à l'intérieur d'un service médical et on croit que la formule de la nomination d'un médecin responsable est heureuse, plutôt que d'imposer un encadrement aussi important que celui qui pourrait exister dans un centre hospitalier par rapport à des problèmes analogues.

Mme Lavoie-Roux: Je vous remercie.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce qu'il y a d'autres questions? M. le député de Westmount.

M. French: M. le Président, je voudrais très brièvement poser quelques questions au Dr Saint-Georges au sujet des articles 69 et 70 sur les départements cliniques. Si j'ai bien compris, à la suite de la confection de votre excellent mémoire, vous avez réfléchi sur les problèmes qui existeraient peut-être pour les institutions de petite taille ou les institutions spécialisées qui ne se voient pas souvent appelées à fournir les services en question, problèmes qui pourraient survenir, pour ces institutions, des exigences des articles 69 et 70. Je veux m'assurer que j'ai bien compris que la solution que vous envisageriez dans un tel cas serait des départements de services spécialisés centralisés pour servir plusieurs de ces hôpitaux ou de ces petites institutions dans une région donnée. Est-ce bien cela?

M. Saint-Georges: Non.

M. French: Ce n'est pas cela?

M. Saint-Georges: Je vais m'expliquer, car je pense que je n'ai pas été suffisamment clair. Ce qu'on a envisagé comme solution dans les petits centres où on n'a pas suffisamment d'effectifs pour avoir et un département de radiologie et un département des laboratoires de biologie médicale, ce serait de regrouper dans ce même centre les laboratoires de biologie médicale et la radiologie sous un seul département qui pourrait s'appeler le département des services diagnostiques. Vous auriez un département des services diagnostiques qui comprendrait et la radiologie et la biologie médicale avec un chef de département unique qui serait la personne la plus qualifiée pour s'assurer des services professionnels rendus dans le département.

M. French: Il ne me reste donc, je

suppose, à demander au ministre plus qu'à vous si c'est le genre de chose qui pourrait se faire à l'intérieur du libellé actuel des articles 69 et 70.

M. Johnson (Anjou): Là-dessus, je dois dire que je trouve la suggestion intéressante, parce qu'elle permet de regarder ce qui a été soulevé avec justesse, je pense, de la part de l'AHQ dans le cas de certains hôpitaux de plus petite taille. Je sais que l'appréhension du député de Westmount était de dire: À ce moment, vous allez, à toutes fins utiles, à moyen terme, gruger les petits établissements et permettre au conseil régional de décider que le service de radiologie d'un petit hôpital relève de celui d'un gros.

Je pense que ce que la corporation nous dit, c'est: Non, dans un petit établissement regroupons l'ensemble des services diagnostiques sous un département. Je trouve que c'est une approche qui mérite au minimum d'être explorée et nous le ferons de façon très sérieuse.

Le Président (M. Desbiens): Il n'y a pas d'autres interventions? Mme la députée de Jacques-Cartier.

Mme Dougherty: Dr Saint-Georges, voudriez-vous nous décrire le système actuel d'admission aux hôpitaux, aux services de soins prolongés ou d'hébergement? Est-ce qu'il y a un système uniformisé ou s'il y a toutes sortes de systèmes?
(11 h 45)

M. Saint-Georges: En fait, je vais vous donner, Mme la députée, les informations que j'ai, mais je ne voudrais pas que vous considériez qu'elles sont exhaustives. Curieusement, je connais mieux le système de Québec que le système de Montréal, bien que je sois montréalais. En fait, actuellement, à ma connaissance, il existe à Québec ce que l'on appelle le système PK, par lequel les hôpitaux se sont volontairement regroupés sous l'instigation, je pense, du centre de services sociaux et du centre régional et se sont dotés d'une structure ou d'un comité d'admission auquel les demandes d'admission sont acheminées. Il s'agit donc d'une espèce de comité régional qui s'est doté en plus de trois sous-comités par département de santé communautaire. Chaque établissement du Québec métropolitain - du moins, à ce que je sache - a adhéré à cette structure volontairement et fait passer ses demandes d'admission par le biais de ces structures. Ce que nous proposons dans notre mémoire, sans aller dans ces détails, serait, compte tenu des expériences de Montréal et de Québec, l'établissement d'une structure analogue. Qu'elle relève ou non du CRSSS en termes

de gestion ou de gérance, je vous avoue qu'on ne s'est pas arrêté à ce mécanisme, mais on pense qu'il y aurait avantage à regrouper des demandes d'admission pour les centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins prolongés, un peu à la manière de ce qui se fait particulièrement à Québec, ce dont les gens semblent satisfaits, d'ailleurs.

Mme Dougherty: Maintenant, une autre question, plus générale. Lors des auditions sur le projet de loi 27, si ma mémoire est bonne, la corporation avait déploré la centralisation des pouvoirs et les contrôles inacceptables représentés par les articles de la loi 27. On est en train d'étudier les règlements de cette loi et vous parlez dans votre introduction de l'objectif de la déréglementation. Vous félicitez presque le ministre ou le ministère d'avoir introduit quelque versatilité dans l'organisation des établissements, etc. J'essaie de concilier votre attitude lors de l'étude du projet de loi 27 avec vos déclarations d'aujourd'hui. Autrement dit, la loi 27 plus les règlements actuels qui changent les anciens règlements est mieux par rapport à quoi?

M. Lapierre: C'est-à-dire que la loi 27, en fait, confiait au plan d'organisation le soin d'établir la propre organisation de chacun des centres selon ses besoins respectifs. La déréglementation est une mesure qui vient compléter cela, c'est-à-dire qu'elle ne vient pas restreindre le plan d'organisation. Elle vient permettre, en fait, au plan d'organisation de s'exprimer à l'exception de quelques points où le règlement oblige - je prends un exemple - la création d'un département de médecine générale. Mais là il y a une obligation qui est créée, d'après nous, pour des raisons bien spécifiques. Si, par contre, on pense à une décentralisation et qu'on recommande un système d'admission centralisé, encore là, ce n'est pas nous qui le recommandons. Nous l'avons vu apparaître dans le règlement. Compte tenu des difficultés que vit le système à l'égard de l'admission des malades ou des bénéficiaires dans des établissements de soins prolongés, le système d'admission proposé est une mesure de coordination. Qu'il soit confié au conseil régional, cela nous apparaît logique puisque le conseil régional est aussi un organisme de coordination. On pense que la logique est là, mais nous ne voyons pas, en fait, de position contradictoire de la corporation en ce qui concerne les commentaires qu'on a faits sur la loi 27 et ceux que nous faisons sur les règlements actuels.

M. Roy: Je voudrais ajouter, Mme la députée de Jacques-Cartier, qu'en ce qui concerne la loi 27, à la section concernant

l'organisation et l'administration des établissements, on a fait des suggestions qui avaient été étudiées avec d'autres groupes, en particulier l'Association des hôpitaux du Québec, et qui ont été presque toutes retenues. On s'est déclarés très satisfaits de la loi 27 à ce sujet. Les critiques que l'on avait faites, c'était sur d'autres points de la loi 27. Il y a eu, d'ailleurs, des améliorations apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux à la suite de l'adoption de la loi 27. Il y avait d'autres problèmes, d'un autre côté, qui n'étaient pas nos préoccupations personnelles directes, comme la question des effectifs médicaux, de leur distribution et de leur régionalisation, qui a entraîné des doléances de la part de divers groupes, qui ont été amplifiées par les médias et qui ont presque polarisé toute l'attention à la loi 27 sur ces questions.

Sur l'organisation comme telle des établissements, je pense que la loi 27 a amélioré la situation et que le règlement actuel va l'améliorer davantage. Je pense qu'il faut être honnête et objectif et rendre à César ce qui appartient à César. Cette loi, en ce qui concerne cette section, est une amélioration et le règlement actuel, ainsi que les améliorations qui vont y être apportées à la suite de la commission parlementaire sont un pas dans la bonne direction. Cela ne veut pas dire qu'on est d'accord avec toutes les autres dispositions qui ont été adoptées par le gouvernement. On se garde bien les mains libres pour faire nos commentaires quand ils sont appropriés.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce qu'il y a d'autres intervenants? Il n'y a pas d'autres intervenants. Au nom des membres de la commission, je remercie la Corporation professionnelle des médecins du Québec de sa participation à nos travaux.

M. Johnson (Anjou): Merci, messieurs.

Mme Lavoie-Roux: Merci.

Le Président (M. Desbiens): J'invite l'Association des conseils des médecins et dentistes du Québec à s'approcher, s'il vous plaît!

(Suspension de la séance à 11 h 53)

(Reprise de la séance à 12 h 08)

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

La commission élue permanente des affaires sociales reprend ses travaux pour entendre l'Association des Conseils des médecins et dentistes du Québec. Dr Claude Farah-Lajoie, si vous voulez d'abord présenter les personnes qui vous

accompagnent et ensuite procéder à la lecture du mémoire.

Association des Conseils des médecins et dentistes du Québec

M. Farah-Lajoie (Claude): M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs les députés, mesdames et messieurs, tout d'abord, permettez-moi de vous présenter les membres de l'exécutif qui sont avec moi ce matin. À l'extrême gauche: le Dr Jacques Létourneau, chef du département de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de Québec; le Dr Dollard Bergeron, pneumologue et vice-président de l'association, de l'Hôpital Laval de Québec; à ma droite et à mes côtés: le Dr Marc-A. Bois, secrétaire de l'association, cardiologue à l'Institut de cardiologie de Montréal; Me Jacques Laurent, conseiller juridique de l'association.

L'Association des Conseils des médecins et dentistes du Québec regroupe depuis plus de 35 ans la majorité des CMD de la province d'une façon tout à fait volontaire. L'ACMDQ apporte à ses CMD membres une expertise nécessaire au fonctionnement des comités dans ses propres CMD. L'ACMDQ est composée d'un conseil d'administration qui est formé de membres venant de toutes les régions, membres représentant les régions administratives. Chacune des régions administratives, selon son volume, a un certain nombre de membres du conseil d'administration qui totalise en tout 20 personnes.

Ceci étant dit, c'est avec plaisir que l'Association des conseils des médecins et dentistes du Québec vous a soumis son mémoire relativement au projet de règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de santé et des services sociaux paru dans la Gazette officielle du Québec le 10 août 1983.

Ce mémoire s'inscrit dans une perspective d'intégration de plus en plus complète des médecins dans une réelle cogestion médico-administrative. Ce sont d'ailleurs les mots que nous avons employés dans le cadre de notre mémoire présenté en décembre 1981 à la commission permanente des affaires sociales qui avait précédé l'adoption du projet de loi 27 relatif à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. À cette époque, l'Association des conseils des médecins et dentistes du Québec se disait heureuse du fait que le pouvoir médical décisionnel, qui s'amenuisait de plus en plus depuis les dernières quinze ou vingt années au profit d'une administration de plus en plus lourde, soit de nouveau reconnu comme étant nécessaire et qu'il doive de nouveau être intensifié afin d'en arriver à une réelle cogestion médico-administrative.

Nous étions encore plus heureux lorsque

le ministre des Affaires sociales, à l'occasion du 19e congrès de l'AHQ, en octobre 1982, soulignait aux administrateurs que le changement le plus important dans l'esprit de la loi 27 devait s'effectuer au niveau de nos mentalités tantôt administratives et tantôt médicales. Il insistait de plus sur un besoin de concertation, de collaboration et de mise en commun de nos efforts dans un but collectif auquel on adhère plutôt qu'une contrainte à laquelle on doit se plier.

Sans vouloir se répéter, je pense, mais à dessein, le ministre, à notre congrès annuel, en novembre de la même année, nous faisait part qu'il favorisait la concertation des principaux acteurs à l'intérieur des établissements, à savoir les médecins et dentistes et les administrateurs, et qu'il était impératif d'intégrer davantage les médecins à la gestion des établissements, de confier des responsabilités accrues dans les centres hospitaliers au chef de département clinique et de lui permettre de faire valoir son point de vue au niveau des instances administratives supérieures du centre hospitalier.

Nous croyons donc que les commentaires contenus dans le présent mémoire constituent des prérequis vitaux afin que les intentions du ministre des Affaires sociales se réalisent. Les conseils des médecins et dentistes se doivent d'avoir tous les instruments pour pleinement remplir les obligations qui leur sont dévolues par la loi à l'intérieur de la perspective que nous avons relatée. De fait, nous sommes convaincus que nos représentations sur le projet de règlement ont tout aussi d'importance que celles effectuées à l'égard du projet de loi 27.

En plus de certains commentaires relatifs à l'organisation interne d'un établissement, l'ACMDQ se doit également de faire part de sa position quant à d'autres dispositions de nature plus générale, mais tout aussi importantes. Il en est ainsi des classes et types d'établissements qui feront l'objet du premier chapitre des présentes.

Quant aux dispositions relatives à l'administration interne d'un établissement, nous les avons regroupées sous les chapitres suivants: règlements du conseil d'administration, comité consultatif à la direction générale, dossiers des bénéficiaires, département clinique dans un centre hospitalier de soins de courte durée, et départements cliniques.

Nous avons également jugé bon de regrouper sous le même chapitre toutes les modifications que nous considérons opportunes quant à l'appartenance du pharmacien au conseil des médecins et dentistes.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous avons colligé diverses modifications que nous souhaiterions voir inscrites dans le règlement définitif.

Vous remarquerez que chacun des chapitres mentionnés précédemment se termine par le libellé précis de l'article de projet de règlement que nous souhaiterions retrouver dans la version finale de ce règlement.

La façon de procéder de l'ACMDQ sera de passer la parole à différents niveaux à chaque étape de la discussion.

Pour la première discussion des classes et types d'établissements, l'article 2 du projet, je passe la parole au Dr Bois. (12 h 15)

M. Bois (Marc-A): M. le Président, notre premier commentaire sera pour traduire une certaine inquiétude du fait que les divers types d'établissements qui sont mentionnés et définis à l'article 40 du règlement en vigueur ne le sont plus dans le projet actuel. Comme vous le savez, il existe actuellement cinq types de centres hospitaliers. Trois types de soins généraux et certains services de soins ultra-spécialisés sont regroupés sous la classe "centres hospitaliers de soins de courte durée". En ce qui a trait aux centres hospitaliers de soins prolongés, il en existe actuellement deux types: le premier type pour convalescence, c'est-à-dire moins de trois mois, et le second type pour malades de soins à long terme, plus de trois mois.

Évidemment, on pourrait toujours convenir que l'absence de mention de ces divers types dans le projet actuel apparaît plus conforme à la réalité du moment si nous considérons la présence de malades chroniques dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, la disparition du service d'obstétrique à risque limité dans certains centres hospitaliers de soins généraux de courte durée, la possibilité d'un département de médecine générale dans tous les centres hospitaliers de soins ultra-spécialisés, sauf ceux mentionnés à l'annexe IV du présent projet. On pourrait également considérer ce geste comme une étape avant de poursuivre une rationalisation et une complémentarité de services plus marquées dans le réseau, ce sur quoi nous ne sommes pas non plus en désaccord. De fait, nous n'avons pas de certitude que les centres dits spécialisés et surtout ceux dits ultra-spécialisés pourront préserver leur mission propre, ce qui pourrait peut-être rendre difficile avec le temps le maintien de la compétence pour les soins, l'enseignement ou la recherche en milieux spécialisés. Nous n'avons aucune certitude non plus que les patients actuellement hébergés dans les hôpitaux de convalescence dont la durée de séjour est inférieure à trois mois, parfois un mois à un mois et demi, ne seront pas réintégrés dans les centres hospitaliers de soins de courte durée.

En fait, notre inquiétude se concrétise surtout lorsque l'on réalise que la seule

différence entre les centres hospitaliers de soins de courte durée et ceux de longue durée, si on fait exclusion du type de soins, est moins de trois mois ou plus de trois mois.

Alors, en conséquence, l'association aimerait proposer de maintenir les divers types d'établissements de soins de courte durée comme maintenant et peut-être d'étudier la possibilité de modifier leur définition, c'est-à-dire de la rendre plus en relation avec les réalités d'aujourd'hui et peut-être même avec les réalités prochaines.

Nous proposons les modifications suivantes: les centres hospitaliers de soins de courte durée de type de soins généraux n'auront plus l'obligation d'avoir un service d'obstétrique à risque limité comme c'est dans le libellé actuel; tous les centres hospitaliers de soins de courte durée pourront avoir un service de gériatrie ou de soins prolongés; tous les centres hospitaliers de soins de courte durée, à l'exception de ceux mentionnés à l'annexe IV, devront avoir un département de médecine générale.

Nous aimerions également connaître le devenir des hôpitaux actuels dits de convalescence, où le séjour est fréquemment inférieur à trois mois, si les deux types de soins prolongés sont abrogés. En fait, il nous paraît un peu difficile de relier la notion de soins de courte et de longue durée à moins ou à plus de trois mois. On a plutôt tendance à dire que ce sont des soins plus aigus pour une courte durée et moins aigus pour une longue durée.

Vous retrouverez à la suite le libellé des articles que nous pourrions proposer. C'est tout.

Le Président (M. Desbiens): Merci.

M. Farah-Lajoie: Pour les règlements du conseil d'administration, article 8, je vais passer la parole à Me Jacques Laurent.

M. Laurent (Jacques): M. le Président, les représentations de l'association relativement à cet article 8 du projet s'inspirent fondamentalement de l'article 112 de la loi. Cet article 112, qui a été passablement élargi lors de l'adoption du projet de loi 27 en 1981, détermine d'une façon assez précise les responsabilités et les fonctions du conseil des médecins et dentistes dans les établissements. Ce sont des responsabilités, des fonctions vis-à-vis du conseil d'administration que je qualifierais d'actives, puisqu'il ne s'agit pas simplement pour le conseil des médecins et dentistes, en vertu de cette disposition, d'être appelé en consultation. Au contraire, l'article 112 que vous retrouvez retranscrit dans le mémoire à la page 5 détermine exactement ces fonctions actives, soit le contrôle et l'appréciation des actes, le maintien de la compé-

tence des médecins, les recommandations sur la distribution des soins dans l'établissement, les recommandations sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement. L'alinéa 5 de cet article rejoint naturellement les nouvelles dispositions de la loi qui se retrouvent aux articles 71.1 et 71.2 sur les règles de soins et les règles d'utilisation des ressources dans les établissements. Enfin, dernière fonction active, c'est d'établir des modalités de système de garde.

À notre humble avis, le texte de l'article 8, tel qu'il est disposé dans le projet, ne répond pas à ces exigences de la loi d'une façon correcte. Comme le disait si bien le Dr Saint-Georges tantôt, le règlement est un complément à la loi; il est là pour assister les administrations et particulièrement les conseils des médecins et dentistes dans les établissements et pour mieux fonctionner.

Le règlement devrait plutôt être une conjugaison de la loi. À l'avant-dernier alinéa de cet article 8, lorsqu'on dit: "Lorsque les règlements adoptés en vertu du présent règlement ont une incidence sur les responsabilités du conseil des médecins et dentistes, ils doivent avoir fait l'objet d'une consultation auprès de ces derniers", nous proposons que ceci soit modifié et qu'on indique plutôt "que ces règlements aient reçu au préalable, avant d'être mis en application, avant d'être adoptés, l'approbation ou tout au moins la recommandation expresse du conseil des médecins et dentistes." D'ailleurs, à titre d'exemple de cette... pas de cette contradiction, je ne veux blesser personne, mais de cette légère incohérence, à l'article 112 de la loi, il est stipulé "que le conseil des médecins et dentistes est responsable vis-à-vis du conseil d'administration de faire des recommandations sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement".

Or, dans le règlement, on dit "que le conseil d'administration doit adopter des règlements qui concernent l'organisation de l'enseignement et de la recherche dans l'établissement", naturellement un règlement qui a une incidence sur les responsabilités du conseil des médecins et dentistes. Ici, on exigerait strictement que le conseil des médecins et dentistes soit consulté sur l'organisation.

Voici, M. le Président, ce que nous pensons de la consultation. Nous nous félicitons que le règlement comporte cette disposition de consultation, mais nous croyons fermement qu'il serait beaucoup plus avantageux et que cela éclairerait la situation si, avant d'adopter des règlements qui ont une incidence médicale, le conseil d'administration obtenait, sinon l'approbation, comme je vous le disais, au moins la recommandation du conseil des médecins et dentistes. Cela faciliterait la tâche de tout le monde et ferait en sorte que le règlement

se conjugue davantage avec la loi et que les dispositions de l'article 112 soient totalement respectées.

Cela éviterait peut-être à certains avocats de donner des opinions selon lesquelles il y a contradiction entre la loi et le règlement. Donc cela n'éclairerait pas les administrateurs et les médecins qui sont chargés de l'administration de la loi et des établissements.

En ce qui a trait, M. le Président, à l'article 17 du projet, l'ACMDQ est d'accord avec la formation d'un tel comité. M. le ministre des Affaires sociales, lors du congrès de l'association en 1982, nous avait souligné, en rapport avec la création de ce comité consultatif, ce qui suit: "Ce comité, où se retrouverait un nombre égal de médecins et de directeurs administratifs, pourrait se voir confier la responsabilité d'analyser et de faire des recommandations sur divers sujets." Le ministre continuait: "En somme et pour utiliser un langage qui vous est familier - puisqu'il s'adressait à des médecins - il s'agit d'un comité qui serait formé pour ainsi dire d'une fusion du comité médical aviseur avec celui du comité de régie de l'établissement". Or, notre première proposition quant à la modification de cet article avec lequel nous sommes parfaitement d'accord sur le plan des principes - nous rejoignons en cela ce que disait tantôt - je ne voudrais pas lui mettre une mauvaise parole dans la bouche - le Dr Saint-Georges, de la corporation - est que les chefs de département affectés, nommés à ce comité soient désignés par le conseil des médecins et dentistes, quitte à ce que cette nomination soit par la suite ratifiée par le conseil d'administration, mais dans la mesure où ce sera le conseil des médecins et dentistes qui désignerait les chefs de département qui siègeraient à ce comité.

Nous proposons également, en raison du fait que dans les établissements de santé, dans les hôpitaux règnent avant tout des activités médicales, compte tenu de l'existence de l'enseignement médical aux membres médecins et dentistes du conseil des médecins et dentistes, de l'enseignement universitaire aux médecins qui sont en formation, compte tenu de la participation des médecins à l'enseignement des actes médicaux délégués par le conseil des médecins aux infirmiers et infirmières, et compte tenu également d'une participation des médecins à la formation prégraduée en nursing, tel qu'on l'établit dans notre mémoire à la page 7, nous proposons respectueusement, dis-je, que la personne responsable de la coordination de l'enseignement dans l'établissement dont parle cet article 17 soit un médecin. En somme, ce comité - pour rejoindre les objectifs du ministre lui-même - serait donc composé d'un nombre égal de chefs de

départements cliniques désignés par le conseil des médecins et dentistes et de cadres supérieurs désignés par l'administration. Naturellement, comme je viens de le dire, nous proposons que la personne chargée de l'enseignement soit un médecin. De sorte que l'article 17 se lirait tel qu'il apparaît en bas de la page 7 de notre mémoire.

Ce sont, M. le Président, les représentations de l'association sur ces deux dispositions importantes du projet de règlement.

M. Farah-Lajoie: Au sujet du dossier des bénéficiaires, article 56 du projet, laissez-moi tout d'abord être surpris un petit peu de ne pas avoir entendu parler - du moins d'une façon importante - d'un sujet aussi capital pour la profession médicale et, je le croyais, pour notre corporation. L'ACMDQ est d'avis que le dossier tenu par un centre d'accueil et un centre local de services communautaires - CLSC - peut comprendre les choses mentionnées à l'article 56. Si vous vous référez à l'article 55 du projet, vous verrez ce que comprend un dossier de bénéficiaire dans un centre hospitalier de courte durée, dossier qui, jusqu'à il y a encore 24 heures, me semblait devoir être confidentiel. Cependant, nous sommes en désaccord avec le fait que le dossier tenu par un centre de services sociaux doit comprendre les mêmes éléments, à quelques chiffres près. Un dossier tenu par un centre de services sociaux n'est pas un dossier médical. Le dossier médical d'un patient devant être hébergé dans un centre d'accueil ou dans un centre de soins prolongés peut sur demande être transmis au médecin du centre.

(12 h 30)

En conséquence, l'ACMDQ recommande que l'article 56 soit scindé et que le contenu du dossier varie selon qu'il s'agit de celui tenu par un centre d'accueil ou centre local de services communautaires ou par un centre de services sociaux. Je dois vous avouer que la proposition de l'article 56.2 sur le dossier tenu par un centre de services sociaux qui comprendrait notamment les pièces justificatives suivantes n'a pas fait l'état de consultations de notre association envers les CSS. Nous pensons que nous avons fait disparaître de ce dossier des CSS certains éléments qui, à notre avis, demeurent du type confidentiel et devraient faire partie du dossier médical du bénéficiaire dans les archives d'un centre hospitalier.

Dans le même ordre d'idées, à l'article 57, nous suggérons également une modification de façon à assurer la confidentialité des archives du centre hospitalier. Nous croyons que seules les personnes autorisées par le conseil d'administration devraient avoir accès aux index de l'établissement et nous proposons

que l'article 57 se lise comme celui qui est présenté. Les raisons invoquées pour ce faire sont que l'informatique dans les centres hospitaliers s'en vient à grand pas - même si l'organisme qui nous a précédé a parlé de 50% - et nous pensons que, pour employer une expression que vous me pardonnerez, il ne devrait pas être donné à n'importe quel "pitonneux" de connaître la confidentialité de tous les dossiers, que ce soient les dossiers des bénéficiaires ou les dossiers professionnels des médecins.

Au sujet du département clinique dans un centre hospitalier de soins de courte durée, l'article 66 du projet, je vais passer la parole au Dr Bois.

M. Bois: Je lis la première partie de l'article 66: "Les départements cliniques prévus au plan d'organisation d'un centre hospitalier ne doivent pas couvrir les mêmes activités médicales et dentaires qu'un autre département clinique." Ceci a soulevé plusieurs points d'interrogation. Est-ce que parce qu'un examen diagnostique se fait dans un département, il ne peut pas se faire dans un autre département? Pour nous, si un médecin a la compétence de faire tel examen diagnostique et que des privilèges lui ont été accordés par le conseil d'administration sur recommandation du CMD, ce médecin devrait pouvoir exercer, même si cette activité est déjà couverte antérieurement par un autre département et même si cette activité n'est pas dans le même département, par exemple un cardiologue par rapport à un radiologiste.

Cet article nous est apparu restrictif. On peut illustrer par des exemples en citant l'échographie, l'endoscopie, la planification familiale. En conséquence, on aimerait proposer une modification à cet article qui pourrait se lire comme suit: "Le conseil des médecins et dentistes ne doit approuver qu'une même règle de soins pour le même acte médical lorsqu'une activité médicale ou dentaire est couverte par plus d'un département clinique à l'intérieur d'un centre hospitalier." Nous sommes d'accord avec la deuxième partie de l'article, mais la première partie nous a semblé restrictive jusqu'à un certain point.

Pour ce qui est des autres articles concernant les départements cliniques, articles 67, 69, 70 et 74, Me Laurent prendra la parole.

M. Laurent: Les représentations de l'association là-dessus seront brèves. Nous nous réjouissons du contenu des articles 71.1 et 71.2 de la loi qui accordent au chef de département des responsabilités qui étaient recherchées. À la suite de l'adoption de ces deux articles et de l'article 71.3 qui détermine que les responsabilités du chef de département clinique décrites plus haut

s'exercent suivant les modalités qui peuvent être déterminées par règlement, il y a eu une certaine confusion dans les rangs chez les médecins dans les établissements relativement à l'interprétation à donner aux articles 71.1 et 71.2. Il est réjouissant de voir que, par ce nouveau règlement, ces deux dispositions législatives vont être éclaircies. Toutefois, ainsi que le soulignent les représentants de la corporation professionnelle, il ne faudrait pas sous-entendre par l'adoption de ces articles de règlement, particulièrement 69 et 70, que les autres chefs de département dans les mêmes établissements ou dans d'autres établissements qui agiraient dans la mesure prévue au plan d'organisation et qui gèreraient leurs ressources soient limités dans leurs activités. C'est la raison pour laquelle, afin d'éviter toute confusion et toute mauvaise interprétation, nous avons recommandé qu'un dernier article soit inséré dans le règlement et qui se lirait comme suit: "En ce qui concerne les autres départements cliniques prévus au plan d'organisation, la gestion des ressources humaines, matérielles et financières sera assumée par le chef de département, sous la responsabilité du directeur des services professionnels."

Il est bien sous-entendu, M. le Président, que cette gestion devrait se conformer à la loi qui veut que la gestion de toutes ces ressources se fasse dans la mesure prévue par le plan d'organisation du centre hospitalier et que... Je n'ajouterai rien là-dessus.

À nouveau, réjouissance. Nous aimerions bien que cette réjouissance soit complétée par une dernière disposition dont je viens de vous faire la lecture. C'est tout en ce qui a trait à cet article du projet.

M. Farah-Lajoie: Pharmacie dans les centres hospitaliers. Il semblerait, à l'écoute de différents intervenants depuis le début de la commission, que ce sujet ne fait nullement l'unanimité. La position de l'Association des conseils des médecins et dentistes est simple. La loi a fait en sorte que le pharmacien d'établissement est maintenant membre du conseil des médecins et dentistes, c'est-à-dire qu'il en fait partie et est entré avec la loi.

Évidemment, pour nous, il est inconcevable, presque inacceptable qu'un membre soit assis à la même table que des individus qui ont passé à travers une kyrielle d'obligations d'entrée, de renouvellement de statut, de départementalisation, et j'en passe. Nous serons donc en accord avec la recommandation concernée si le pharmacien est soumis à la même réglementation que les autres membres du conseil des médecins et dentistes. Sa candidature devrait être soumise à la direction générale et étudiée au comité des titres, son statut lui sera accordé

par le conseil d'administration sur recommandation du conseil des médecins et dentistes et sa nomination, sujette au renouvellement sur recommandation du comité des titres. Son dossier professionnel sera également établi par ce même comité.

La nomination du chef de département de pharmacie devra donc être soumise au même processus que les nominations des autres chefs de département. Quant au service de pharmacie dans un centre d'hébergement, il doit donc être sous l'autorité du conseil d'administration et non sous l'autorité du directeur général.

En conséquence, l'ACMDQ propose que les article suivants soient conformes avec l'idée générale que l'association se fait de l'intégration du pharmacien en milieu hospitalier.

Au point de vue des statuts des médecins, dentistes et pharmaciens, sujet qui a fait aussi dépenser beaucoup de salive depuis deux jours, l'ACMDQ est heureuse de l'abrogation proposée de l'article 212 du règlement existant. Cet article se lisait comme suit: "Seul le membre actif est considéré comme exerçant sa profession dans le centre au sens de l'article 111 de la loi." Ce qui avait fait alors état d'une prise de position de l'ACMDQ qui voulait trouver un moyen d'introduire - si vous me permettez le mot - une idéologie qui ferait accepter dans certains centres la venue de médecins que j'appellerais itinérants, temporaires ou occasionnels, nous avons utilisé le titre "occasionnel" à ce moment. L'idée que l'ACMDQ se faisait de ce membre que l'on appelle maintenant associé semble être soumise à différentes attaques. Pour nous les médecins, par cette abrogation, tous les médecins, dentistes et pharmaciens, quel que soit leur statut, feront partie du Conseil des médecins et dentistes. Cette situation fait en sorte que, si les articles 25 et 26 du projet de règlement demeurent inchangés, tout médecin, y compris le membre-conseil et le membre honoraire, pourra inscrire ou admettre une personne. Nous ne sommes pas d'avis que ce privilège d'admission devrait être accordé au médecin détenant le statut de membre-conseil ni à celui détenant le statut de membre honoraire. Cependant, nous croyons que le membre associé devrait pouvoir admettre et, par ricochet, devenir le médecin traitant du bénéficiaire. C'est précisément ce à quoi nous nous attendions lorsque l'ACMDQ souhaitait depuis longtemps un nouveau statut pour les médecins traitant occasionnellement quelques patients dans un centre hospitalier.

L'ACMDQ profite de cette occasion pour souligner qu'elle est satisfaite de la définition du statut de membre associé mentionnée à l'article 89 du projet en ce qu'elle permettra au Conseil des médecins et dentistes de requérir de temps à autres les

services de ce membre pour certaines activités. De plus, l'absence du droit de vote aux assemblées et la non-participation au comité exécutif du Conseil des médecins et dentistes permettra aux membres actifs de s'assurer que ceux détenant le statut d'associés s'intègrent bien au fonctionnement général du Conseil des médecins et dentistes. En conséquence, nous proposons les articles 25 et 26 reproduits au mémoire.

Nous avons également d'autres propositions de modification à formuler à l'égard des articles 92 et 93 du projet de règlement, lesquels concernent le statut de résident et le statut d'interne. Le résident et l'interne sont choisis dans le cadre d'un contrat d'affiliation intervenu entre le centre hospitalier et l'université à laquelle il est affilié et ne peuvent en conséquence faire l'objet d'aucune décision du comité des titres du Conseil des médecins et dentistes. Ils sont régis en ce qui concerne la discipline et l'éthique par le directeur des services professionnels, le chef du département concerné et le médecin responsable de l'enseignement sans que le comité de discipline du Conseil des médecins et dentistes n'ait quelque pouvoir de décision sur eux.

Conséquemment, l'ACMDQ suggère que le résident et l'interne ne soient pas membres du Conseil des médecins et dentistes sans que de ce fait ils soient empêchés de participer, sur invitation, aux divers comités du Conseil des médecins et dentistes, puisque cette participation s'inscrit à l'intérieur de leur formation et, soit dit en passant, c'est déjà fait en grande majorité par les centres universitaires.

Le Conseil des médecins et dentistes dans les centres locaux de services communautaires. L'association s'étonne du fait que le projet de règlement ne contienne aucune disposition concernant le fonctionnement du Conseil des médecins et dentistes à l'intérieur d'un CLSC. Sa formation est explicitement prévue à l'article 111 de la loi qui énonce qu'un Conseil des médecins et dentistes est institué dans chaque CLSC où exercent au moins cinq médecins et dentistes. Nous sommes d'avis que des dispositions devraient se retrouver dans le projet de règlement concernant la participation du Conseil des médecins et dentistes, à l'intérieur d'un CLSC, à l'administration de cet établissement.

Divers. Enfin, nous suggérons que diverses modifications mineures interviennent au projet de règlement, particulièrement en ce qui a trait à l'article 28 qui demande aux centres hospitaliers de courte durée de s'assurer qu'une personne qui nécessite des soins d'urgence les reçoive, et pour nous c'est important d'y ajouter: "et ce centre hospitalier doit fournir les ressources pour ce faire."

À ce même article, ce n'est pas mentionné dans le mémoire, mais des mémoires ont été reçus à la dernière minute de certains membres de notre conseil d'administration. À l'alinéa suivant on explicite exactement le genre de services d'urgence. Les centres hospitaliers qui nous ont envoyé une note à cet effet, voudraient faire insérer, après le mot "comprennent", "notamment les soins pour une affection aiguë due à une toxicomanie", etc.

(12 h 45)

Enfin, "un bénéficiaire est admis dans un établissement offrant des services de soins prolongés ou d'hébergement selon les formalités suivantes". À la suite des interventions auxquelles nous avons assisté mardi, l'association se doit de prendre une position qui n'avait pas été prévue, mais qui peut se résumer un peu de la façon suivante. Au sujet de l'admission en CA et en CHSP, en principe, l'ACMDQ est d'accord avec l'article 33; mais elle émet certaines réserves sur les modalités à l'article 34, par exemple, l'obligation de passer par un CLSC, chaque fois qu'on fait une demande d'hébergement en centre d'accueil ou en CHSP. Des exemples, nous en avons plusieurs. On peut en mentionner quelques-uns: les centres hospitaliers de courte durée qui ont aussi des centres d'accueil à même leur permis; il y a même des centres hospitaliers qui ont des permis de centres hospitaliers de courte durée, de centres d'accueil et de CHSP à même leur permis global. Ils se verraient dans l'obligation, pour admettre leurs propres patients de centre de courte durée dans leur propre établissement, de passer par le mécanisme qui est présenté aux articles 33 et 34.

Il y a d'autres exemples qu'on pourra mentionner s'il y a des questions que mon intervention soulève. Je pense que le système maintenant établi est unique, du moins dans deux régions que l'association semble connaître assez bien, la région de Québec et la région de Montréal. On y fait allusion au dossier unique, qu'on appelle le CTMSP. Il nécessite, pour être admis dans un centre d'accueil et dans un centre d'hébergement, quel qu'il soit, une uniformité dans l'investigation, que ce soit de la part du médecin, de l'infirmière ou du travailleur social. Nous ne voyons pas pour quelle raison certains centres hospitaliers et même la majorité des centres hospitaliers devraient passer nécessairement par le truchement d'un CLSC pour admettre des patients dans des centres d'accueil et des centres de soins prolongés qui seraient dans leur secteur.

Je pense que nous allons terminer ainsi la présentation du mémoire. Il y a peut-être quelques petits sujets sur lesquels vous voudrez bien intervenir. Nous sommes prêts à répondre à vos interrogations.

Le Président (M. Desbiens): Merci. M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Oui. Merci, Dr Farah-Lajoie, Dr Roy, Me Laurent, Dr Létourneau et Dr Bergeron. Merci de votre mémoire. Merci d'avoir pris la peine aussi de formuler des alternatives à la suite de vos commentaires, ce qui est toujours extrêmement utile. J'aurais quelques questions. Un commentaire d'ordre général, pour commencer, sur la notion de la cogestion. Je pense qu'il faut intégrer le plus possible la profession médicale à la vie des établissements et en particulier des centres hospitaliers. Cependant tout réside, dans le cas du CMD, dans le mot "consultation" par opposition au mot "recommandation" et par opposition au mot "approbation", relativement à certains gestes. Et qu'est-ce qu'on revoit là? On revoit, quand on parle de consultation, l'obligation qu'on fait au conseil d'administration, ou à son prolongement administratif qui est le directeur général, de s'assurer qu'il ne prend pas des décisions isolément. Dans le mot "recommandation", je vois une notion d'initiative à l'égard de certains problèmes, certains sujets ou des choses qui touchent des nominations, une sorte d'initiative venant du corps médical. Quant à la notion d'approbation, elle équivaut, on le sait, à un pouvoir de veto dans un système qui ferait peut-être qu'à certains égards... Même si sur certains sujets je considère que cela doit se faire ainsi dans l'ensemble il ne faudrait pas transformer nos hôpitaux en Conseil de sécurité des Nations-Unies où le droit de veto peut être extrêmement paralysant... Je suis sensible à ces préoccupations que vous avez. Je vous dirai cependant que l'obligation de créer des comités de nature consultative, la possibilité de donner au Conseil des médecins et dentistes ou au corps médical, à travers les départements, un pouvoir d'initiative par la notion de recommandation, c'est déjà un pas extrêmement important qui, je pense, renverse quelque peu la perspective qui s'était installée de fait dans de nombreux établissements depuis un certain nombre d'années.

Je n'irai pas, cependant, jusqu'à vouloir voir prendre des mesures qui consacraient, même jusqu'au niveau du conseil d'administration, l'équivalent d'une cogestion de la profession médicale avec le conseil d'administration. Je pense qu'on n'est pas rendu là. Je ne suis même pas sûr que c'est souhaitable à long terme non plus. Je pense qu'il faut vivre une nouvelle atmosphère, une nouvelle façon de voir et de faire les choses qui implique le plus possible les professionnels de la santé. Je pense qu'il y a des pas importants dans cette réglementation. Je me permets donc de dire que vous poussez le balancier un peu plus

loin que je ne le pousserais. Je voulais que ce soit bien clair "en termes philosophiques".

Néanmoins, je voudrais commenter certaines de vos remarques très précisément et vous rassurer tout de suite - compte tenu que vous dites que vous vous en inquiétez, à la page 3 de votre mémoire - concernant les divers types d'établissements. Nous ramenons les catégories, qui étaient beaucoup plus nombreuses, à deux catégories. Nous pensons que cela colle un peu plus à la réalité. Que vous soyez à Alma, sur la Côte-Nord ou au centre-ville de Montréal, si vous avez un interniste qui est présent dans l'hôpital, si vous avez un orthopédiste qui est présent dans l'hôpital, vous faites déjà l'équivalent de services spécialisés, et je pense que c'est difficile de considérer qu'un hôpital où il y a un interniste et un orthopédiste, c'est pour autant un hôpital dit spécialisé, d'autant plus que la mobilité du personnel professionnel, des médecins spécialistes, dans certaines régions, fait que ces choses-là deviennent plus ou moins régulières. Il y a un dénominateur commun sûrement: c'est la notion d'être CHCD ou CHSP. Cela m'apparaît clair et tout le monde fait consensus là-dessus.

Dans le cas des hôpitaux de convalescents, j'ai rassuré l'Association des hôpitaux, avant-hier, à ce sujet. Ce n'est pas notre intention de transformer les hôpitaux de convalescents en CHSP. Nous croyons - c'est l'opinion, enfin, préliminaire que j'ai eue à la suite des représentations qui ont été faites par ceux-ci - que la réglementation les identifie, bien au contraire, à des CHCD et que la notion des trois mois consacre leur statut de CHCD. Cependant, si cela va mieux en le disant, on est prêt à envisager de le dire spécifiquement.

Concernant les règlements du conseil d'administration, je pense que j'ai évoqué un peu, en termes généraux, ma vision des choses au sujet de la notion de cogestion et de participation. C'est un peu dans cet esprit qu'il faut comprendre ce qu'on est prêt à faire et à ne pas faire.

Sur la notion du conseil consultatif auprès du directeur général, la notion de parité, que vous me rentrez d'ailleurs, fort gentiment mais fort habilement dans la gorge en me donnant un extrait d'une allocution que j'ai prononcée devant vous il y a un an et demi, ce n'est pas en soi la notion de parité qui est importante. Je pense que c'est la présence, et une présence significative et significative. Encore une fois, ma vision de la participation des médecins à différentes instances décisionnelles dans l'hôpital n'est pas une vision de structure qui renforce les problèmes de bicéphalie qu'on rencontre, et dont vous vous plaignez amèrement, en cantonnant les gens dans des structures qui, finalement, peuvent plus s'opposer qu'essayer

de se compléter. C'est pour cela qu'on a une approche peut-être un peu empirique dans ce règlement, qui ne prétend pas être le nec plus ultra du raffinement conceptuel en matière d'organisation, mais qui essaie d'être un peu collée à la réalité, et on tente de la faire évoluer. C'est pour cela qu'à mes yeux le comité consultatif est plus de la nature des décisions en matière d'orientation que des décisions en matière opérationnelle. Je ne dis pas qu'il ne sera pas appelé à parler et à se saisir de choses qui touchent les opérations mais quand vous dites par exemple: Le comité médical-conseil et le comité de régie de l'établissement, en citant le texte que je vous ai livré il y a deux ans... Dans le fond, qu'est-ce que le comité de régie? Ce sont les opérateurs du système. Le comité-conseil médical a toujours eu comme préoccupation beaucoup plus des orientations plus des plaintes, je présume, des griefs à l'égard du fonctionnement, des commentaires, des suggestions. Il me semble que le comité, auprès du directeur général, est un comité qui se préoccupe surtout des orientations. Il peut évidemment être un lieu d'échanges en termes d'opération mais je pense qu'il doit surtout être préoccupé en termes d'orientation. La notion d'orientation, ce n'est pas quelque chose de théorique. Savoir si un hôpital fera des choix en matière de surspécialités, par exemple, si je prends les grands hôpitaux urbains, ce n'est pas de la théorie, cela représente des choses très concrètes à la fois quant à la perception qu'on a des capacités des professionnels et des capacités des services de jouer un rôle majeur par opposition à d'autres services, comme en termes de services à la population.

Je donnerai un exemple très précis de cela. Quand on parle de greffe en ce moment, est-ce que la greffe est une approche horizontale à des problèmes médicaux ou une approche verticale? Je m'explique. Est-ce qu'en soi, faire des greffes, c'est une expertise ou est-ce qu'au contraire les greffes c'est l'aboutissement, sous forme chirurgicale, d'une spécialisation dans un domaine de la médecine ou de la chirurgie? Cela s'appelle des orientations et c'est majeur en termes de décisions pour des hôpitaux. Je parle présentement des hôpitaux spécialisés et surspécialisés.

Pour les plus petits hôpitaux à vocation plus modeste en termes de variété de services qu'ils offrent à la population, des décisions d'orientations, je vais vous en donner un exemple. Au moment où la natalité chute, où il y a des exodes ou des mouvements de population très importants en certains endroits, pour des raisons quelconques... Dans le cas des mines, par exemple, c'est classique, les villes minières ont tendance à fermer parce que ce sont des ressources épuisables et cela a toujours été

comme cela depuis l'âge de fer. Est-ce qu'on continue de développer la pédiatrie et la néonatalogie ou enfin le support du côté de la néonatalogie alors que la population baisse ou est-ce qu'au contraire, il ne faut pas faire des efforts particuliers de l'établissement du côté des services aux personnes âgées? Ce sont des décisions majeures pour des hôpitaux et je pense que les médecins ont beaucoup de choses à dire sur ces choses-là. Ils pourront toujours, à travers ce comité et d'autres structures dans un hôpital, faire valoir leur point de vue sur le fonctionnement des opérations.

Sur la question du dossier, vos remarques m'apparaissent très importantes, Dr Farah-Lajoie. Je dirai cependant que les autres groupes avant vous l'ont évoquée, peut-être pas de façon aussi spécifique. L'Opposition aussi l'a évoquée... Pardon?

M. French: On l'a évoquée auparavant. Ce n'était pas du tout dans le même ordre d'idées qu'on a ici.

M. Johnson (Anjou): Dans la même perspective. C'est cela. Dans le fond, dans le cas des CSS, on l'a évoquée aussi d'une autre façon. D'abord la question de la confidentialité. Je veux vous rassurer là-dessus, nos collègues de l'Opposition nous l'ont soulevée, nous nous en préoccuons aussi. On a une loi qui fait qu'on va soumettre l'opinion qu'on défend à des instances qui, au bout de la ligne, sont décisionnelles en cette matière, en vertu de la loi 65.

Deuxièmement, la nécessité d'avoir des dossiers médicaux quand on a des patients à un endroit, même s'ils sont dans un CAH ou dans un CLSC, par exemple. Sensible à cela également, la corporation, pour des fins de contrôle de la qualité de l'acte, insiste.

Troisièmement la question du "dossier social" - entre guillemets - c'est plus le problème d'accès à des données sur une base interprofessionnelle. Est-ce qu'il faudrait faire un dossier spécifique pour le CSS? C'est possible. Je trouve que ce que vous évoquez est intéressant, l'introduction d'une notion d'un dossier spécifique et de l'isolement des données médicales pour que cela ne circule qu'entre médecins. Ce sont des choses qui m'apparaissent importantes et que nous allons fouiller à la lumière de vos suggestions et d'autres qui nous ont été faites.

La règle de soins, cela va.
(13 heures)

En ce qui concerne les autres départements cliniques, nous devons nous référer à la loi. Nous avons maintenu une ambiguïté créatrice dans la loi 27 sur la notion de gestion des ressources. Le processus de création est continu. Il y a une première étape qui est faite dans le cas des

laboratoires qui va finir dans sa version finale comme étant probablement un peu modifiée par rapport au projet de règlement. Entre cela et dire qu'on reconduirait pour l'ensemble dans la réglementation ces notions-là, il y a un pas que je désire ne pas franchir à ce stade-ci. Cependant, quant à la notion d'une certaine souplesse pour que les plans d'organisation puissent prévoir effectivement un rôle des chefs de département dans certains endroits de façon définitive, je vous dirai que j'ai sûrement au minimum une certaine sympathie pour cette approche.

Dans le cas du pharmacien, Dr Farah-Lajoie, je me permets de vous dire, à moins que j'aie mal compris, qu'il me semble y avoir une certaine ambivalence ou contradiction dans vos propos. Vous nous dites que, dans le fond, il devrait passer à travers le moulin à viande, comme tout le monde, si vous voulez lui donner des responsabilités. Par ailleurs, vous suggérez de faire relever le chef de service du conseil d'administration...

M. Farah-Lajoie: Excusez-moi. C'est dans les centres d'hébergement.

M. Johnson (Anjou): Ah.

M. Farah-Lajoie: C'est juste une concordance aux articles.

M. Johnson (Anjou): J'avais mal compris, je vous remercie. D'accord. Alors, je n'ai pas d'autre remarque à faire là-dessus.

Finalement, sur le statut du médecin, j'aimerais vous entendre, Dr Farah-Lajoie, quelques minutes. Quand on a fait lecture de la proposition de l'AHQ qu'on a reprise tout à l'heure lors de la discussion avec la corporation, je pense que vous étiez dans la salle; je ne relirai donc pas le texte de l'AHQ. J'aimerais vous entendre sur la proposition que fait l'Association des hôpitaux du Québec, compte tenu de vos préoccupations, de celles qu'on retrouve dans le mémoire. En d'autres termes... Oui?

M. Farah-Lajoie: Je pense que je peux me servir de certains exemples qui vont peut-être faire comprendre l'idée de l'association. C'est une préoccupation qui durait depuis presque les années soixante-dix-huit, qui faisait que certains individus, membres de conseil des médecins et dentistes actifs - parce qu'ils devaient être actifs pour pouvoir traiter avec le 212 - se trouvaient dans l'impossibilité d'assister à toutes les réunions générales des comités, étaient contraints à faire partie d'un conseil des médecins et dentistes auquel ils n'appartenaient qu'à l'occasion. Je vais me servir des exemples de régions éloignées où

un médecin omnipraticien va aller faire une garde à la salle d'urgence une fois par mois, ou une fois par deux semaines. Ou encore, un médecin omnipraticien qui fait de l'obstétrique. Vous allez admettre que ce médecin peut faire de 30 à 35 accouchements par année, selon le cas, et se retrouve à aller passer 30 à 40 heures par année dans un centre hospitalier. Je comprends les préoccupations de l'Association des hôpitaux du Québec qui veut essayer de mesurer l'activité médicale dans les centres hospitaliers. Je comprends aussi la position de ceux dans la corporation qui veulent revenir avec le médecin visiteur. Je peux dire pour votre gouverne que j'ai vécu cette façon de procéder quand j'ai commencé à pratiquer, sans le nommer, à l'hôpital du Sacré-Coeur. Quelqu'un en a déjà fait mention... J'étais visiteur...

M. Johnson (Anjou): C'est vous, le psychologue?

M. Farah-Lajoie: Non, mais c'est moi qui ai le problème. Quand j'ai fait une demande à Sacré-Coeur avec mes lettres de créance, je suis devenu visiteur, le mot visiteur employé dans son sens le plus péjoratif. Après deux ans d'approbation, parce que j'étais un bon garçon, je me suis retrouvé associé, toujours pas le droit de vote, mais toujours obligé d'assister aux réunions, installé dans des comités qui ne me regardaient absolument pas, jusqu'au moment où, avec le changement de la loi, on est tous devenus... Il ne faut quand même pas se leurrer, c'était un hôpital qui devenait un hôpital universitaire qui, selon certaines idéologies du temps, faisait que les omnipraticiens étaient de passage, des visiteurs et des associés dans ce centre hospitalier. Nous sommes devenus des médecins actifs. Encore une fois, je crois que ce que l'association préconise c'est de trouver une définition de statut qui ferait que certains médecins puissent pratiquer dans un centre hospitalier, c'est-à-dire qu'on puisse admettre un patient et le traiter sur place sans nécessairement se retrouver avec le fardeau de l'activité. Cela ne veut pas dire que le membre actif doit être à temps plein. C'est pour cela que je n'aime pas une définition de l'AHQ parce qu'on en fait presque des médecins à temps plein par rapport à ceux qui vont y aller subsidiairement. C'est un terme que j'ai de la difficulté à comprendre. Pour nous, ce n'est pas l'idée qu'on en avait. On avait choisi un terme à l'association, le terme "actif occasionnel". Cela décrivait

exactement ce qu'on voulait en faire, tant du point de vue de son implication professionnelle au sein du CMD que de son implication professionnelle vis-à-vis des patients dans le centre hospitalier. Notre

position demeure la même. Il faut trouver une définition juste pour tout le monde et qui tienne compte de la réalité. Je crois que des médecins à temps plein géographique dans les centres hospitaliers, ce n'est pas l'apanage de la majorité des 12 000 médecins qui oeuvrent dans la province actuellement. Il faut trouver un moyen. Je suis d'accord avec vous pour impliquer la profession médicale dans le milieu hospitalier alors que celle-ci a eu tendance à s'en éloigner. La façon dont c'est perçu actuellement, le médecin associé, c'est qu'on risque de se retrouver avec des centres hospitaliers de 200 médecins, dont 50 actifs et 150 associés. Je comprends aussi la préoccupation de certaines autres organisations qui se retrouveront avec des problèmes de mesures d'activités de ces médecins dans les centres hospitaliers pour les plans d'organisation future. C'est dans cet article que nous insistons pour trouver une proposition qui décrive l'activité du médecin sans nécessairement la mesurer mais qui décrive que c'est un médecin qui se présente au centre hospitalier et qui donne des soins valables, nécessaires parfois mais qui ne sont pas nécessairement considérés comme ceux de celui qui oeuvre à 50%, à 60% ou 70% au sein de l'hôpital.

M. Johnson (Anjou): Merci.

Dans le cas des CLSC, dans la mesure où la loi prévoit qu'au-delà d'un certain nombre il peut y avoir un CMD - c'est cinq membres - ceci est paradoxal, nous n'avons pas les assises juridiques pour avoir un pouvoir réglementaire dans le sens de ce que vous souhaitez. Nous prenons bonne note...

M. Farah-Lajoie: Est-ce que je peux intervenir à ce stade-ci?

M. Johnson (Anjou): Oui.

M. Farah-Lajoie: Lors de notre consultation, au mois de juin, nous avons fait parvenir au ministère les copies de ce que l'association avait travaillé pour essayer d'amenuiser à un strict minimum le fardeau de la tâche des centres d'accueil et des CLSC qui avaient des CMD. À cet effet, nous avons essayé de mettre sur pied un projet de réglementation interne pour ces centres d'accueil. Je crois que nous en avons envoyé des copies au ministère. C'est une suggestion qu'on a à faire à ce stade quant à la réglementation interne pour les CLSC.

M. Johnson (Anjou): Merci, Dr Farah-Lajoie.

M. Farah-Lajoie: Je peux apporter certains petits commentaires aux vôtres sur le comité de consultation au DG. Je me suis

rendu compte que l'AHQ demandait que le DG choisisse. Je crois que c'est dans le même sens que l'association demande que le DG suggère pour approbation par le CA certains membres du comité consultatif au DG. C'est un peu dans le même sens que l'association l'a fait. Je crois que la corporation vient d'insister sur le même point de vue. Sans vouloir viser personne, je pense que c'est assez difficile de concevoir un DG qui nommerait; dans le fond, c'est le DG qui va le nommer... Le conseil d'administration, tel que conçu actuellement, peut difficilement ne faire qu'approuver les suggestions du DG. Quant à approuver les suggestions du DG, pourquoi ne pas approuver celles du CMD?

Pour ce qui est du dossier, je suis bien content que vous y ayez adhéré parce que je pense que cela cause de sérieux problèmes localement, entre autres - peut-être un petit aparté - le fait de l'accessibilité au dossier du malade actuellement cause d'énormes problèmes dans les centres hospitaliers quant à la façon de procéder vis-à-vis d'une maladie par rapport à un patient donné. Je pense que la liberté thérapeutique du médecin en prend pour son rhume depuis quelque temps avec cette façon de procéder. Je me réfère tout simplement au comprimé placebo dont on peut se servir pour certains patients: en prenant la peine de regarder son dossier, on essaie de connaître la composition d'un comprimé placebo. Enfin, je pense que cela soulève énormément de problèmes. Le dossier médical du bénéficiaire passe actuellement d'une main à l'autre. Si on veut éviter que non seulement cela passe d'une main à l'autre dans le centre hospitalier, mais aussi que sortent du centre hospitalier, en photocopie, des choses qui n'ont absolument rien à voir avec ce dont un centre de services sociaux peut avoir besoin pour admettre un malade en centre d'accueil, en CHSP, ou en maison d'accueil et j'en passe...

M. Johnson (Anjou): Si vous permettez, Dr Farah-Lajoie, il serait important de rappeler, pour les fins de notre discussion, que le principe établi dans notre loi, c'est que le patient a droit à son dossier médical. Exceptionnellement - vous donniez l'exemple de la prescription d'un placebo - il peut arriver que pour des raisons, entre guillemets, "professionnelles", le médecin considère qu'il serait nuisible au patient d'avoir accès à son propre dossier. L'établissement peut refuser de lui permettre cet accès, mais la règle c'est que le citoyen y a droit. Le refus est exceptionnel. Si le citoyen obtient un refus d'accès à son dossier, il peut aller en Cour supérieure et exiger d'avoir son dossier. Il appartient alors à un tiers, qui est un juge, d'entendre le professionnel, l'établissement et le citoyen et

de prendre la décision. Il peut maintenir le jugement du professionnel ou de l'établissement comme il peut très bien l'infirmier. Mais la règle reste une règle d'accès dans notre système.

M. Farah-Lajoie: Pour compléter sur le comité consultatif au DG, j'aurais une question à poser. Est-ce qu'il est prévu que le chef du département de santé communautaire, qui est régional comme vous le savez très bien, qui fera partie de ce comité consultatif à la direction générale - comme le département de santé communautaire dans lequel j'oeuvre - devra siéger une fois par mois à six centres hospitaliers?

M. Johnson (Anjou): Ce qui est prévu, c'est que le chef du département de santé communautaire siège statutairement au comité consultatif de l'hôpital qui est le CHCD-DSP, pour reprendre le jargon, et non pas aux comités consultatifs de tous les autres hôpitaux qui font partie de son territoire de département de santé communautaire.

(13 h 15)

M. Farah-Lajoie: À ce moment-là, permettez-moi de vous faire une suggestion, M. le ministre. Certains de nos membres nous ont fait parvenir des mémoires dont vous avez certainement des copies. Certains d'entre eux insistent pour que le chef du département de santé communautaire, qui est un chef de département de santé communautaire dans une région, quant à le voir siéger là, siège à leur propre comité consultatif, à la DG, dans leur centre hospitalier.

M. Johnson (Anjou): On a des régions qui ont douze à quinze hôpitaux.

M. Farah-Lajoie: Il va voyager beaucoup, oui.

M. Johnson (Anjou): Oui. Il ne pratiquera plus beaucoup la médecine.

M. Farah-Lajoie: Il n'en fait pas de médecine.

M. Johnson (Anjou): Je sais bien qu'il y en a qui prétendent qu'il ne le fait pas, mais... Je prends note de votre remarque. Merci, Dr Farah-Lajoie.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. le Président. Je désire vous remercier pour votre mémoire. Vous n'aurez pas beaucoup de questions de moi parce que les quelques points que vous avez déjà soulevés, le

ministre les a relevés. Je comprends votre embarras ou votre suggestion à savoir qu'il y a deux types de dossiers, mais j'aimerais demander au ministre qui peut s'informer auprès de ses fonctionnaires si, en regard de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse - on avait eu à plusieurs reprises des plaintes, fondées ou pas, enfin, nous écoutions les gens, c'est un peu comme ici - l'impossibilité ou la difficulté d'obtenir non pas un dossier médical avec toutes les prescriptions qu'il y a dedans, mais d'obtenir des informations de base relativement à l'état physique ou aux maladies d'une personne créait des embarras pour les gens, soit le centre d'accueil qui devait accueillir ou les gens qui devaient travailler avec la famille ou ces choses-là. Je me demande si ce n'est pas parti de là, pas la difficulté, mais le fait que vous ayez introduit dans les règlements la possibilité qu'il y ait un accès peut-être un peu plus facile.

M. Johnson (Anjou): En essayant cependant de le restreindre.

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): L'approche générale qu'on a choisie à partir des discussions qu'on a eues et des commentaires qui nous ont été faits - cela reste à revoir et peut-être à reformuler - est la suivante: dans certains cas, découlant notamment de l'application de la loi 24, de protection en particulier, il peut être utile de permettre l'accès aux équipes multidisciplinaires de la loi 24. Cela pourrait être également le cas pour des agressions sexuelles. Nous sommes en train d'échanger là-dessus. D'ailleurs, je présume que nous aurons probablement d'autres pourparlers, à la fois avec les travailleurs sociaux, la corporation des médecins et le ministère de la Justice. C'est un domaine assez délicat, mais il semble que dans le cas de l'agression sexuelle, par exemple, ou des dossiers de protection chez les enfants battus, ce soit des éléments extrêmement importants dans les décisions d'orientation que nous avons à prendre en vertu de la loi 24, en étant cependant conscients que cela pose ce problème délicat de l'accès interprofessionnel aux dossiers. Notre optique serait de le limiter à ces cas, encore une fois dans la mesure où c'est possible.

Mme Lavoie-Roux: C'est pour cela que je le soulève parce que c'est né de cette préoccupation.

La réponse du ministre quant aux types d'hôpitaux vous satisfait-elle? J'ai l'impression que votre préoccupation allait plus loin que strictement les hôpitaux pour convalescents, comme le ministre l'a souligné, on a discuté avant-hier. J'ai cru comprendre que vous aviez l'impression que

certaines centres spécialisés ou surspécialisés pourraient disparaître. Le ministre nous a expliqué évidemment qu'il y a une évolution des besoins, alors il faut que les centres hospitaliers s'adaptent, que ce soit aux exodes de la population, que ce soit aux besoins du vieillissement de la population, etc. Si cela vous satisfait, vous n'avez pas à me répondre. Sinon, quelles sont vos préoccupations plus précises? Est-ce dans le sens que l'on change la vocation d'hôpitaux sans que vous participiez vraiment à la discussion?

M. Farah-Lajoie: Je vous remercie de me poser cette question parce que lors de notre première rencontre avec le ministre nous l'avions posée. Nous avons eu comme réponse qu'il fallait faire face à la réalité de tous les jours d'aujourd'hui, qu'il fallait vivre avec les années quatre-vingt. On est repartis chez nous avec notre petit bonhomme de chemin et on a commencé à faire de la consultation. J'ai dit au début, rapidement, que l'association regroupait différents types de centres hospitaliers: des petits, des spécialisés, des généraux, des ultra-spécialisés et même des spécialisés un peu particuliers qu'on retrouve à l'annexe 6.

Cela dit, nous avons tenté de répondre à cette question. À mesure que nous tentions de trouver les éléments de réponse à cette question, on en retrouvait d'autres. Encore une fois, à la suite du contact avec certains centres hospitaliers, certaines régions qui ont répondu aux demandes d'information après le dépôt de la réglementation du mois d'août, on s'est rendu compte que cela devenait une préoccupation pour nos membres, que la disparition d'hôpital général par rapport à surspécialisé était peut-être un voeu pour permettre jusqu'à un certain point le changement de certaines vocations de certains centres hospitaliers dans un premier temps et, dans un deuxième temps, de permettre aussi d'obliger jusqu'à un certain point tous les centres hospitaliers à avoir un service qui s'occuperait des hébergements, un service qu'on peut appeler, à tort ou à raison, gériatrie, gérontologie. Je pense que le terme n'est même pas encore assis de façon définitive sur des principes valables.

À la suite de toutes ces revendications, il y a certains centres hospitaliers qui ont craint de perdre des plumes, certains centres spécialisés entre autres. J'ai trouvé fort intéressante la question que le député avait posée à l'AHQ dans le courant de l'après-midi, mardi, à savoir si cela ne pourrait pas éventuellement servir pour permettre les changements de vocation plus facilement. Je vous avoue que je n'ai pas trouvé la réponse à cette question et cela m'inquiète. Cela nous inquiète et la réponse du ministre, comme vous l'avez dit, ne nous satisfait pas parce qu'on n'a pas la réponse à notre

question. Comme association, on veut bien vivre dans la réalité du moment mais on s'inquiète pour nos centres hospitaliers.

Mme Lavoie-Roux: Oui...

M. Johnson (Anjou): Si Mme la députée de L'Acadie me permet, là-dessus. D'abord la classification qu'on retrouvait dans l'ancien règlement - soyons pratiques - cela n'a jamais fonctionné. C'était à l'époque où on disait: Les CLSC seront la première ligne pour tout le monde qui a le rhume ou qui se coupe un doigt; ensuite tu vas aller à l'hôpital général si c'est un accouchement normal qui est prévu et si c'est une grossesse normale, ce sera un hôpital de premier niveau. Si jamais il y a des complications dans le cas d'une appendice, cela va aller dans un hôpital spécialisé parce qu'il y a aussi un microbiologiste et, ultimement, si on découvre un cancer rare au moment où on fait une biopsie, on va l'envoyer dans un hôpital surspécialisé.

Cela n'a jamais fonctionné de cette façon. D'abord parce que les hôpitaux surspécialisés sont aussi des hôpitaux qui font tout le reste. C'est la première chose. L'hôpital Notre-Dame ou l'Hôtel-Dieu de Québec sont des établissements qui soignent des rhumes aussi à la salle d'urgence, qui font de l'obstétrique normale, pardon, qui font l'ensemble des activités dites de première ligne, qui font des soins spécialisés et évidemment des soins sur et même ultra-spécialisés.

Par ailleurs, il faut constater que cela n'a rien changé quant à la budgétisation. On ne s'est jamais servi de cette classification pour budgétiser dans le cadre du budget global. C'est bien plus sur une évaluation globale. Il y a toutes sortes de méthodes qu'on raffine, que ce soit le "diagnosis related", que ce soit la quantité de personnes vues, une série d'indices assez complexes, mais le budget global ne tient pas compte de la classification, il tient compte de l'activité réelle.

Finalement, pour calmer les appréhensions de la députée de L'Acadie et peut-être aussi du Dr Farah-Lajoie qui attend une réponse, je dirai que je ne pense pas qu'il y ait dans cette classification extrêmement simple, de dire CHCD et CHSP, quoi que ce soit qui nous permette de "faciliter" les changements de vocation. J'aurais plutôt tendance à croire qu'une classification plus complexe et plus raffinée, qui ne colle pas vraiment à la réalité, peut être un instrument dont on peut abuser sur le plan administratif. Passer de CHCD à CHSP, je peux vous en dire quelque chose, c'est un job. Cela prend un certain temps. Parfois on a l'impression que cela enclenche une guerre de 100 ans. Donc, cette classification ne devient pas une arme ni entre les mains du

conseil régional ni entre les mains du ministère. Au contraire, j'y vois, dans cette simplification, probablement plus d'avantages. Par exemple, un scanner, on va avoir besoin de cet appareil diagnostique important dans l'ensemble des régions, pas nécessairement toutes les régions mais une bonne partie.

Il y a des hôpitaux où l'on peut concevoir qu'il va y avoir un émi-scan qui ne seront pas nécessairement des hôpitaux sur-spécialisés. La classification pourra permettre d'en avoir dans des hôpitaux régionaux mais qui ont une vocation générale et un excellent département de radiologie ou un département de chirurgie en particulier très poussé. La décision de savoir dans quel hôpital on va envoyer des émi-scans fait qu'on pourrait regarder certaines régions. On dira: Si c'est seulement dans les sources spécialisées, ce n'est pas compliqué, il n'y en aura pas du tout; alors que cela vaudrait peut-être la peine d'en avoir selon l'évolution de la technologie, en fonction de l'importance des nouveaux instruments diagnostiques et thérapeutiques qui sont de plus en plus accessibles dans certaines spécialités à la pratique quotidienne, donc n'exigent pas dans certaines technologies qu'on ait à faire à un environnement absolument surspécialisé.

Je veux simplement vous rassurer quant à cette définition. On pense qu'elle n'a pas fonctionné dans le passé. Cela n'a jamais influencé l'octroi des budgets. Ce sont d'autres critères qu'on applique qui sont des volumes d'activités réelles. Finalement, quand on a voulu changer la vocation d'un établissement, on a pris une loi et on l'a amendée pour répondre à certaines exigences des membres de la commission parlementaire, lors de l'étude de la loi 27, et on a contraint le ministre des Affaires sociales à passer à travers une série d'étapes. Or, il n'y a rien dans ce règlement qui vient simplifier cela.

Mme Lavoie-Roux: Nous vous avons arraché cela un lundi matin. Ma dernière question vise l'article 34: que l'admission dans un centre de soins prolongés soit faite par un médecin. Cela me semble normal. Au moment de vos explications, vous avez dit: Il ne faudrait pas que dans un établissement, un centre hospitalier où il y a un département de soins prolongés, on soit obligé de passer par le CLSC, alors que c'est à l'intérieur de la même institution. Je serais portée à vous donner raison si on pouvait s'en tenir à la norme ou à la règle qui avait été établie du 10%. On ne se retrouve pas dans cette situation, du moins, dans la grande région métropolitaine où l'on sait que cela va à 25%, 30% ou même davantage de malades à soins prolongés.

Ce qui me préoccupe davantage, c'est peut-être un hôpital comme Robert-Giffard où vous avez différents types de soins. Je

pense que vous avez trois catégories. Vous avez les soins prolongés, le centre d'accueil, l'hébergement. Est-ce qu'il ne se pourrait pas que tout circule à l'intérieur de la même institution et que vous ayez dans la communauté des gens qui sont dans des besoins aussi urgents de centre d'accueil mais pas nécessairement de soins prolongés? Finalement, ces gens-là se trouvent à échapper à la coordination des admissions parce que tout va entrer par la porte d'en avant - disons l'hôpital de soins prolongés - ensuite on va les acheminer selon les besoins, je ne dis pas que les évaluations ne sont pas bien faites, il peut y avoir dans la communauté... C'est un peu le problème de l'hébergement au Québec, le manque de places. Ce n'est pas un reproche que je vous fais, M. le ministre. Cela coûte cher et il y a une réalité. Je parle du fait de servir ceux qui sont dans le plus grand besoin. Est-ce qu'il est bon de laisser des hôpitaux qui ont plusieurs niveaux de services fonctionner en vase clos sans vraiment tenir compte des besoins plus grands de la communauté?

(13 h 30)

M. Farah-Lajoie: Je vous avoue qu'avant de préparer le mémoire que vous avez en main, ces deux articles avaient fait uniquement état de l'obligation à l'article 34 pour toute personne de passer dans un centre local de services communautaires... On avait eu des exemples de certains de nos membres qui oeuvrent dans des CHSP actuellement, à demi-temps ou à temps plein géographique, qui se font, par le système de placement, placer des gens qui ne viennent pas nécessairement de la région et sur lesquels ils n'ont aucune autorité quant à l'admission. C'était juste pour essayer d'élargir, pour dire qu'il peut y avoir d'autres personnes qui se réfèrent à ce sous-comité. D'emblée on n'est pas contre l'article 33 qui veut que le conseil régional devra élaborer un système pour l'admission; nous ne sommes absolument pas contre le principe, ce sont les modalités d'application auxquelles il faudrait penser dans les cas auxquels vous venez de faire allusion.

Même si on ne veut pas que cela se fasse en vase clos, je ne vois pas l'utilité de passer par un CLSC et de refaire la même évaluation par une autre équipe quand l'évaluation a déjà été faite dans le milieu. L'évaluation pour Montréal et pour Québec est la même pour tout le monde, CTMSP. Tout le monde doit donc se conformer à cette formule: les équipes médicales, sociales, d'infirmières, etc. S'il y a des priorités, je pense que c'est au conseil régional de voir aux priorités à savoir que ce n'est pas à la même place qu'on va le placer et qu'on a des gens qui sont en priorité versus votre propre patient. Il faut faire passer les patients en priorité. J'accepte cette explication. On pense de plus en plus

qu'il est restrictif d'être obligé de sortir le dossier et de faire réévaluer le même malade par une autre équipe médicale, sociale et infirmière pour embarquer dans la grande routine de l'admission régionale.

Je pense comme l'AHQ. Ce n'est pas le CRSSS qui admet, ce n'est pas le comité sous-régional qui admet, c'est le centre hospitalier de soins prolongés, de courte durée, etc. Ce sont eux qui admettent, c'est nous qui admettons dans notre milieu. On doit quand même avoir un certain droit de regard. On nous a même dit, sans les citer, qu'il y a des patients qui sont installés dans des centres hospitaliers de soins prolongés à Montréal sans que personne n'ait un mot à dire dans le centre même où le patient est envoyé, que ce soit le médecin, l'administrateur, l'infirmière ou autres. Des patients qui ne cadrent pas du tout dans le regroupement de patients avec lequel il va être...

Mme Lavoie-Roux: On ne peut pas imposer à un centre hospitalier de recevoir un malade de soins prolongés, surtout un centre hospitalier de courte durée. Ceux qui sont dans les départements de soins prolongés sont des bénéficiaires que vous avez transférés dans ces départements de soins prolongés.

M. Farah-Lajoie: Ce sont des patients qui sont entrés soit par...

Mme Lavoie-Roux: Après un bout de temps, il faudrait trouver un moyen de les sortir si ce ne sont pas des patients pour le département des soins prolongés. À ce moment-ci, c'est surtout le CSS qui a la responsabilité du placement. Ils ne peuvent pas vous obliger à en prendre dans vos centres hospitaliers de courte durée, peut-être dans les hôpitaux de soins prolongés, je ne le sais pas, mais même là non plus.

M. Farah-Lajoie: On n'en a pas contre les centres hospitaliers de courte durée. Pour le placement dans un hôpital auquel on fait allusion, vous avez parlé de Giffard, je peux faire allusion à Louis-H.-Lafontaine à Montréal, à Douglas, qui ont des pavillons, des centres d'accueil attachés. Ils ont deux permis et ils sont obligés de passer par le grand mécanisme bureaucratique - si vous me permettez cette expression - et d'aboutir, souvent même dans un endroit où il n'y a pas de CLSC, sinon très loin. Ceci nous semble essayer de contourner et alourdir... Pour prendre l'exemple de l'hôpital du Sacré-Coeur, s'il faut, chaque fois qu'il fait affaires avec un CLSC, aller chercher l'organisme qui est le CLSC à Montréal-Nord et qui est quand même assez loin...

Mme Lavoie-Roux: Surtout que vous n'en avez même pas, c'est ce que j'allais

dire. Je pense que vous avez un point quand vous dites qu'il y aura peut-être une duplication des évaluations. Je ne sais pas comment la difficulté peut être contournée mais il est évident que, si les gens ont été référés pour placement, ils l'ont été déjà par une équipe multidisciplinaire. Une autre évaluation doit se faire par un CLSC ou un CSS. Une évaluation va se faire. Est-ce qu'il y a moyen de... À un moment donné, les gens vont être surévalués et ils seront toujours en attente de placement. On le sait. C'est comme cela que cela se passe dans le moment.

M. Johnson (Anjou): Est-ce que je peux me permettre là-dessus, M. le Président. Il faut bien comprendre. Nous aussi, on veut éviter la double, triple et quadruple évaluation, c'est bien évident. On sait que cela s'est déjà produit dans le passé. Ce que le règlement fait, c'est qu'il reconnaît quelque chose qui se passe dans la région de Québec, dans la région de Montréal, dans d'autres régions au Québec, où on est en train, sur une base régionale, de mettre au point une formule unique d'évaluation, c'est-à-dire, une grille unique qui permette d'avoir les données dites psychosociales et médicales. C'est ainsi que l'évaluation du patient, une fois qu'elle est faite par le médecin... Il y a une évaluation médicale, il n'y en a pas deux. On ne demande pas au médecin du CLSC de venir réévaluer cela. Le médecin traitant à l'hôpital en CHCD qui dit: Moi je pense que j'ai un patient qui a un besoin d'hébergement ou encore qui a un besoin de soins prolongés, il va faire l'évaluation; on ne la refera pas après. C'est juste le traitement des évaluations dans le système, et ultimement la décision; et notamment cette recherche qui, à mon avis, doit être systématique, cette recherche de bien introduire la préoccupation de possibilité de service et de maintien à domicile et de capacité, évidemment, de le faire. Il ne s'agit pas d'envoyer les gens chez eux si on n'est pas capable de les traiter, mais de s'assurer que cette dimension est là.

Qu'on me comprenne bien. On aura l'occasion d'en reparler éventuellement, au moment, notamment, où on adoptera le projet de réglementation. Il reste très souple, il reconnaît la notion d'une évaluation médicale qui ne doit pas être répétée.

Mme Lavoie-Roux: En tout cas, M. le ministre, j'insiste pour que le système soit souple parce que vous avez des régions - du moins, c'est ce que je me suis laissé dire - par exemple, dans l'Estrie, à partir des initiatives, première des raisons, c'est parce qu'ils ont des ressources. Cela aide au point de départ quand il y a des ressources; les problèmes se résolvent plus facilement. Ils ont réussi à mettre sur pied, sans faire

intervenir un tas de nouveaux organismes, à contrôler, en tout cas, ou à effectuer le placement de leurs personnes âgées ou de leurs personnes en besoin d'hébergement. Québec est quand même une plus petite ville que Montréal, mais quand vous arrivez dans Montréal, je ne suis pas sûre qu'on puisse considérer le problème de Montréal comme on considère le problème de Québec et le problème de Québec comme le problème de l'Estrie et ainsi de suite.

C'est bien important. Le système uniformisé, rigide, peut coûter très cher et être inefficace.

M. Johnson (Anjou): Qu'on se comprenne bien. Ce que le projet de règlement vise ce n'est pas d'installer un système unique par tout le Québec. C'est qu'il y ait dans chaque région un système. D'autre part, il permet, je l'ai évoqué au début de la commission avant-hier, d'avoir une administration sous-régionale du système régional. Encore une fois, moi je suis à peu près convaincu qu'on n'aura pas l'équivalent d'une formule standardisée par tout le Québec. On va avoir, dans le contexte le plus rigide, douze systèmes. Il est possible qu'au bout de la ligne, les uns fonctionnant mieux que les autres; que Québec fasse le choix de PK, que Montréal fasse le choix de CTMSP modifié. J'utilise le langage technocratique qu'il y a autour de cela, mais effectivement, il faut que cela colle le mieux possible à la fois aux ressources disponibles, aux besoins, et aux besoins tels que perçus par l'ensemble. Je pense qu'il faut le faire sur une base régionale.

En ce sens, le projet de règlement, à mon avis, est extrêmement souple et devrait nous permettre d'arriver à ces objectifs de participation des milieux à une définition cohérente devant un problème qui est de plus en plus aigu.

Le Président (M. Desbiens): Merci. Il n'y a pas d'autre intervention. Je remercie l'Association des conseils des médecins et dentistes du Québec. La commission des affaires sociales suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30, alors que nous entendrons l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

(Suspension de la séance à 13 h 40)

(Reprise de la séance à 19 h 44)

Le Président (M. Desbiens): À l'ordre, s'il vous plaît! La commission élue permanente des affaires sociales reprend ses travaux pour entendre les personnes et les groupes intéressés à faire des représentations en regard de l'adoption de la réglementation sur l'organisation et l'administration des établissements découlant de la loi 27.

Nous entendrons ce soir l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec et la Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec.

En premier lieu, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, représenté par Mme Jeannine Pelland-Baudry. Mme Baudry, voulez-vous présenter les personnes qui vous accompagnent et procéder à la présentation de votre mémoire, s'il vous plaît?

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Mme Pelland-Baudry (Jeannine): Merci. Ma compagne, à ma droite, Marcelle Théberge, vice-présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; à ma gauche immédiatement, Thérèse Guimond, directrice générale et secrétaire de l'ordre, et Odile Larose, directrice du secteur nursing, à l'ordre.

Je veux d'abord remercier les membres de la commission permanente de nous avoir invités, de nous avoir donné l'occasion de nous exprimer, même si déjà on nous avait permis de nous faire entendre lors de la préconsultation.

J'ai cependant une première remarque à faire. J'espère que vous me permettrez de la faire même si elle n'est pas en rapport direct avec notre mémoire, et elle n'est pas maligne non plus. J'ai une toute petite mise au point à faire concernant un nouveau-né qui circule.

Mme Lavoie-Roux: Comment s'appelle-t-il?

Mme Pelland-Baudry: Il s'appelle Artère. Vous êtes probablement les seuls à ne pas l'avoir. Je ne sais pas s'il reste des copies quelque part, mais on en a fait une généreuse distribution mardi et aujourd'hui. Mon commentaire, je le répète, n'est pas malin. Je trouve même le nouveau-né très beau et très bien présenté. Sans vouloir faire de diagnostic pathologique, je trouve cependant qu'il a quelques pathologies internes et je veux les relever.

Il y a principalement la pathologie de la page 11 où il est question d'une coalition de dix corporations professionnelles. Je trouve que le terme est même tendancieux parce que, comme présidente d'une de ces dix corporations, si j'avais une coalition à faire, c'est avec les bénéficiaires que je la ferais. Cependant, les objectifs qui sont là sont des objectifs qui ont déjà été des objectifs de travail. Nous en avons des objectifs, mais ce ne sont pas ceux qui apparaissent là.

Il y a une autre pathologie qui est due à la plume de je ne sais qui. À la page 12,

quand on donne le nom des dix corporations au sujet d'un mémoire, on semble parler du contenu de ce mémoire. Je fais simplement remarquer que le journal a une date de parution, le 1er octobre. Effectivement, il existe un mémoire qui a été accepté par les dix corporations - il n'accuse absolument aucune corporation professionnelle - le 3 octobre exactement; la réunion s'est terminée à 14 heures. Ce n'est pas tout à fait le contenu et, personnellement, en tout cas, parce que le nom de la corporation à laquelle j'appartiens apparaît en haut de la page, j'ai signé le document le 4 octobre, à la fin de la matinée. Je veux simplement relever quelques petites anomalies de présentation. Je ne veux pas aller plus loin. Je ne sais pas la raison à cela. J'espère bien que, dans les prochains jours, nous saurons la raison de cet imbroglio. Maintenant, nous passons à notre mémoire.

M. le ministre, Mmes les députées, MM. les députés, le mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec est volumineux et il fait suite à une analyse détaillée du projet de règlement. Plusieurs modifications y sont proposées, mais certaines ne sont que des éléments de concordance; d'autres sont des ajouts.

L'ordre croit que les changements qu'il suggère peuvent améliorer les dispositions relatives à la complémentarité des différents niveaux décisionnels de la structure de distribution des services de santé et des services sociaux. Il serait, évidemment, impossible de couvrir tous les commentaires émis par l'ordre dans son mémoire. Aussi, allons-nous envisager simplement d'esquisser les grandes lignes et de pointer nos principales préoccupations.

Du projet de règlement, il faut d'abord dire l'impression de cohérence qu'il crée par rapport au règlement d'application actuellement en vigueur. Sa continuité avec les dispositions de la loi elle-même est évidente. De grands problèmes de santé des citoyens auxquels nous sommes confrontés y font l'objet d'attention spéciale, ce qui confère un caractère de réalisme à ce projet de règlement.

L'ordre a abordé dans son mémoire l'analyse du projet de règlement en le confrontant aux grands principes organisationnels reconnus et véhiculés dans le réseau des services de santé et des services sociaux, soit l'accessibilité, la complémentarité et la continuité des soins. La première partie de notre présentation concerne les articles qui se rapportent à ces principes. La deuxième partie porte sur l'administration des établissements, plus spécifiquement l'organisation des centres hospitaliers, celle des centres d'hébergement et le pouvoir réglementaire conféré au conseil d'administration de tout établissement.

Dans la première partie, à savoir les très grands principes d'accessibilité, de complémentarité et de continuité des soins, nous parlerons de la définition des classes d'établissements et des catégories de familles d'accueil; des formalités d'accès aux établissements; de l'accès aux services d'urgence; des mesures de contrôle de l'utilisation des services; de l'évaluation des besoins du bénéficiaire et, finalement, des dossiers des bénéficiaires.

Définition des classes d'établissements et des catégories de familles d'accueil. La définition des classes d'établissements et des catégories de familles d'accueil ainsi que les activités spécifiques à chacune établissent les bases du réseau des établissements du Québec. Nous suggérons que les articles sur les programmes d'activités de jour incluent la réadaptation et que ces programmes ne soient pas uniquement prévus pour les centres offrant des services de soins prolongés et les centres de réadaptation, mais s'appliquent également aux centres hospitaliers de soins de courte durée et aux centres d'hébergement. Cela, afin d'éviter une interprétation limitative de ces articles, soit les articles 2 et 3, compte tenu également du fait que ces services de jour sont appelés à se développer en tant qu'alternative à l'hospitalisation et à l'hébergement. Quant aux pavillons, il nous serait utile que soit clarifié par quel type de contrats de services ces pavillons sont reliés aux centres d'hébergement et la nature des services que ceux-ci peuvent offrir. Nous suggérons de fusionner les deux premières catégories de familles d'accueil, soit les familles régulières et spéciales, de les regrouper ou de les fusionner en une seule, étant donné qu'il est difficile de discerner les besoins ordinaires des personnes auxquelles doit pourvoir la famille régulière des responsabilités supplémentaires qui devraient être assumées par la famille spéciale.

Formalités d'accès aux établissements. Les formalités d'accès à l'établissement de soins de courte durée attirent particulièrement notre attention, les autres types de services étant l'objet de dispositions qui leur sont adaptées. C'est en fait la notion de médecin traitant qui nous préoccupe, dans la manière d'y référer lors de l'inscription, de l'admission et du congé d'un centre hospitalier. Lors de l'inscription d'une personne à un service qui ne nécessite pas son hospitalisation, doit-il y avoir nécessairement un médecin traitant? Le médecin qui demande l'inscription doit-il nécessairement être membre du conseil des médecins et dentistes du centre hospitalier? Nous croyons que cela impose un encadrement trop rigide et peut aussi augmenter les coûts ou diminuer l'accessibilité des services.

Quant à l'admission en centre hospitalier, le médecin qui procédera à la demande écrite d'admission pour une personne demeurera-t-il nécessairement le médecin traitant tout au cours de l'hospitalisation et le congé de ce bénéficiaire devra-t-il nécessairement être signé par lui? Là encore, si tel est le sens des articles en cause, les coûts des services de santé en souffriront-ils? Pourrait-il arriver qu'une personne n'ait plus la possibilité de se faire soigner par le médecin de son choix?

Accès aux services d'urgence. Nous adhérons aux articles qui spécifient, pour chacune des catégories d'établissements, l'obligation de fournir les soins ou les services requis d'urgence. Dans cette optique, il nous apparaît étrange, cependant, qu'à l'article 49 concernant les CSS et les CLSC, on utilise la phrase très peu contraignante "de prendre les mesures pour que les personnes les reçoivent" - ces services - alors qu'on est beaucoup plus directif ailleurs.

Mesures de contrôle de l'utilisation des services. Les dispositions prévues au projet de règlement permettent le contrôle de l'accès aux établissements et assurent la complémentarité des services par voie de règlements du conseil d'administration d'un établissement et au niveau des conseils régionaux par l'approbation des critères d'admission et des politiques de transfert. Toutefois, le fait que l'article 31 s'applique sous le titre "Soins prolongés et hébergement", il nous semble que cela limite l'instauration et le maintien d'une véritable complémentarité des services dans tous les établissements d'une région. L'idéal serait d'appliquer l'article 31 à tout établissement quant à la transmission des informations statistiques, à l'approbation des critères d'admission et de sortie ainsi que des politiques de transfert, et c'est ce que nous recommandons. D'ailleurs, l'utilisation des ressources dans un établissement influence la disponibilité des services dans un autre établissement, et c'est d'ailleurs ce que la loi prévoit.

Le système d'admission en soins prolongés et en hébergement tel qu'il est institué à l'article 33 nous apparaît particulièrement judicieux dans la formulation actuelle de cet article. Tout en fournissant des orientations précises, l'article favorise que le système d'admission soit adapté au fonctionnement de chaque conseil régional et aux ressources humaines disponibles. Nous entérinons donc le fait qu'il n'y soit pas spécifié de modalités trop précises.

Évaluation des besoins du bénéficiaire. Lorsqu'elle est énoncée en termes d'évaluation physique, psychologique et sociale ou d'évaluation des besoins sur les plans physique, psychologique et social, l'identification des besoins des bénéficiaires

tient compte de l'aspect global de la personne et, de ce fait, l'ordre en recommande le maintien de même que l'établissement des concordances à tous les articles qui en font mention. Je pense qu'il y a quatre ou cinq endroits, nous pourrions les souligner; ils sont dans le mémoire d'ailleurs.

Dossier des bénéficiaires. Les infirmières ont toujours considéré le dossier des bénéficiaires comme un instrument de continuité des soins. Bien que le présent projet de règlement apporte des améliorations au contenu de ce dossier, chaque établissement devra y ajouter les éléments pertinents selon la population qu'il dessert. Parmi les contenus exigés aux articles 55 et 56, deux précisions ont été appréciées et nous souhaitons qu'elles demeurent comme telles. Il s'agit du résumé des entrevues des professionnels et des documents par lesquels un bénéficiaire reconnaît avoir reçu les informations appropriées sur les services rendus.

Ce dernier élément du dossier nous amène à ouvrir une parenthèse quant à l'article 29 du projet de règlement. En effet, selon l'article 29, le bénéficiaire atteste par écrit avoir reçu les informations appropriées avant une anesthésie ou une intervention chirurgicale. L'énoncé de cet article aplanit une difficulté souvent rencontrée en centres hospitaliers surtout. Par ailleurs, attester avoir reçu les informations ne signifie pas autoriser de ce fait l'intervention ou l'anesthésie. Il nous semble, malgré les dispositions prévues au Code civil et des modifications ultérieures en vertu du projet de loi 106, qu'une attestation écrite de l'autorisation du bénéficiaire devrait continuer d'être exigée dans nos établissements de santé lors des interventions chirurgicales ou des anesthésies.

Des ajouts aux documents exigés au dossier en vertu des articles 55 et 56 sont de plus recommandés dans le mémoire de l'ordre et ce dans le but de favoriser le respect des droits conférés aux personnes par différentes lois. Il s'agit alors de différents consentements à différents examens et à différentes interventions.

Parmi les autres dispositions réglementaires concernant le dossier, celle qui prévoit que soit transmis un sommaire des données pertinentes lors du transfert d'un bénéficiaire dans un autre établissement est sans contredit une contribution à la continuité des soins. Celle-ci nous sort du traditionnel résumé de dossier qui ne comportait que le diagnostic et quelques informations sur le traitement médical.

Par ailleurs, l'article 60 concernant la note qui doit accompagner le bénéficiaire au moment du transfert pourrait être reformulé de sorte que d'autres renseignements que son nom et sa destination y figurent.

L'accès à l'information et le caractère

confidentiel des renseignements sont les derniers points que nous relevons en rapport avec le dossier. En plus des responsabilités de chaque professionnel et du rôle des corporations professionnelles pour que soient sanctionnés les manquements au code de déontologie, il nous est apparu opportun de s'interroger sur la pertinence de faire de la divulgation des renseignements l'objet d'un règlement du conseil d'administration de chaque établissement, évidemment dans le respect des dispositions législatives prévues à cet effet. Cette façon de procéder serait alors effective pour l'ensemble du personnel d'un établissement et les politiques ou directives seraient connues de tous.

(20 heures)

L'accès pour le bénéficiaire à son dossier demeure problématique. Peut-être devrait-il y avoir aussi un règlement du conseil d'administration à cet égard, même si la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels peut faciliter la solution de ce problème lors de la mise en vigueur des dispositions de cette loi. Le règlement du conseil d'administration pourrait préciser une procédure ou des modalités à appliquer lorsqu'un bénéficiaire demande de prendre connaissance de son dossier ou lorsqu'une personne ou un organisme autre que les corporations professionnelles veut des renseignements personnels de nature confidentielle.

En dernier lieu, nous soulignons que le fait de donner accès aux dossiers aux représentants des corporations professionnelles par voie réglementaire facilitera l'exercice du mandat de ceux-ci dans les établissements.

Quant au contrôle de la tenue des dossiers, les dispositions du règlement semblent en faire la responsabilité du comité d'évaluation médical et dentaire. Dans son mémoire, l'ordre apporte des solutions de rechange à cette façon de voir.

Voilà, le plus brièvement possible, nos commentaires quant aux articles du projet de règlement qui visent plus particulièrement l'accessibilité et la complémentarité des services de même que la continuité des soins.

La seconde partie de notre présentation concerne l'administration des médicaments et nous traiterons des établissements: C'est devenu une fixation! Cela concerne vraiment l'administration des établissements, l'organisation des centres hospitaliers, celle des centres d'hébergement et enfin le pouvoir réglementaire conféré au conseil d'administration d'un établissement de santé.

Organisation des centres hospitaliers. Lors de la sanction du projet de loi 27, le comité consultatif à la direction générale était apparu aux membres de l'ordre comme un apport intéressant au fonctionnement d'un

établissement. D'ailleurs, les directrices des soins infirmiers, à l'occasion d'une enquête faite par l'ordre au début de l'année, ont souhaité que leur participation à ce comité soit prévue par le règlement.

Cependant, de l'analyse des articles du projet de règlement sur la composition et le mandat du comité consultatif à la direction générale il ressort d'abord que l'administration des centres hospitaliers risque désormais d'être principalement influencée par les médecins puisqu'ils seront majoritaires à ce comité. Le mandat du comité lui-même suggère que ses membres auront à faire des recommandations au conseil d'administration sur la gestion de presque toutes les activités du centre.

L'ordre, dans son mémoire, fait ressortir l'impasse dans laquelle cela peut conduire et comment la formule actuelle de ce comité peut entraver l'objectif de rationalisation des coûts des activités médicales. Nous proposons en fait que le mandat de ce comité soit remanié, ce qui le ramènerait à une fonction très précise de planification, d'organisation et d'évaluation des activités médicales seulement selon les besoins des bénéficiaires, en tenant compte de la complémentarité des autres établissements de la région.

Si son mandat devait demeurer aussi large que prévu actuellement, le président du conseil consultatif du personnel clinique devrait y participer, de même que d'autres personnes clés dont la directrice des soins infirmiers et les autres cadres supérieurs.

La création d'un département de pharmacie nous laisse encore perplexes. Conséquemment, nous souhaiterions que le rôle du pharmacien soit plutôt de conseiller en matière d'utilisation des médicaments et que son rôle de gestionnaire ne s'applique qu'aux activités du service de la pharmacie.

Quant aux différents comités du conseil des médecins et dentistes, l'ordre s'est limité à quelques clarifications. Nous ajoutons qu'il serait opportun que la participation de la direction des soins infirmiers y soit prévue, notamment au comité de pharmacologie.

Organisation des centres d'hébergement. Les articles sur l'organisation des centres d'hébergement vont contribuer à résoudre des problèmes concrets et quotidiens dans la distribution des soins médicaux et les activités de pharmacie de ces centres en instaurant un service des soins médicaux et un service de pharmacie. Dans le cas de ce dernier, l'ordre croit qu'il faut adopter un mode d'organisation qui convienne au volume d'activités de pharmacie dans ces centres et aux ressources disponibles qu'on y trouve. Par ailleurs, nous fondant sur des études par le ministère des Affaires sociales sur les besoins des bénéficiaires en centres d'hébergement, nous réitérons une requête maintes fois faite antérieurement pour que

soit prévue au règlement l'institution d'une direction des soins infirmiers, ou d'un service des soins infirmiers, ou encore que soit désignée une responsable des soins infirmiers dans ces centres. L'une ou l'autre de ces structures pourrait être adoptée selon le volume des activités de soins de chaque centre. Dans son mémoire, l'ordre précise les fonctions inhérentes à ce service ou à cette direction. Il va sans dire que la mention "membres en règle de l'ordre" devrait y apparaître.

Pouvoir réglementaire du conseil d'administration des établissements. C'est au fur et à mesure des sujets traités au cours de son mémoire que l'ordre a tenu compte des règlements devant être adoptés par le conseil d'administration d'un établissement. L'un des règlements est toutefois l'objet de commentaires au dernier chapitre du mémoire.

Nous sommes favorables à ce qu'un règlement du conseil d'administration détermine selon chaque établissement la structure et le fonctionnement des activités reliées à l'organisation de l'enseignement et de la recherche. Cet élément remplace avantageusement les articles du règlement d'application actuellement en vigueur en offrant une perspective de coordination interdisciplinaire de ces activités. En dernier lieu, la liste des éléments devant être l'objet d'un règlement du conseil d'administration d'un établissement nous amène à recommander que la directrice des soins infirmiers, ou la "chef" du service des soins infirmiers, ou la responsable des soins infirmiers, selon le cas, soit consultée avant l'adoption de ces règlements.

Chacun de ces règlements a en effet une incidence sur les soins infirmiers que les bénéficiaires reçoivent en tout établissement de santé, dans presque tous les services et, dans la plupart des cas, 24 heures par jour. J'allais ajouter: sept jours par semaine, 365 jours par année.

Conclusion. Nous avons exposé le plus brièvement possible nos commentaires et nos suggestions sur le projet de règlement soumis à la consultation le 10 août dernier. Nous vous remercions, M. le ministre, mesdames, MM. les députés et membres de cette commission, de nous avoir invités et permis de nous exprimer. Maintenant, nous sommes prêts à répondre à vos questions. Mes compagnes m'aideront sûrement beaucoup dans les réponses que nous pourrions vous apporter.

Le Président (M. Desbiens): Merci. M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Merci infiniment, Mme Pelland-Baudry, de votre présentation et de la qualité de votre mémoire qui est également exhaustif, qui nous offre aussi

l'avantage de présenter des possibilités et qui ne se contente pas simplement de présenter des critiques, fussent-elles des critiques constructives.

J'ai quelques remarques ou questions. Je vais les prendre dans la séquence et non pas dans leur ordre d'importance. Au sujet des programmes d'activités de jour dans les CHCD, on peut vous rassurer là-dessus dans la mesure où la plupart des CHCD ont également un permis de CHSP. Un CHSP, par définition, peut avoir des activités de jour.

Quant à la fusion des familles d'accueil, je comprends que vous vouliez éviter que les gens se fassent passer d'une famille à l'autre, d'une ressource à l'autre et c'est votre préoccupation à l'égard des bénéficiaires. Je ne dirai pas que c'est un sentiment qui vous honore; je pense que c'est normal venant de votre corporation; cependant, on va mesurer ce que vous nous dites. L'objectif que nous recherchons, c'est d'établir une catégorie spécifique dans les familles d'accueil pour les besoins spéciaux, notamment, en matière de réadaptation pour les mésadaptés sociaux affectifs, de telle sorte qu'on puisse se donner des instruments de gestion et autres pour favoriser ce développement. On va tenter de s'assurer que la formulation ne fasse pas que les gens commencent à les trimballer d'une famille à l'autre. Je vous remercie de la remarque.

Mme Pelland-Baudry: C'est une question de formulation, M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): C'est fort possible.

Mme Pelland-Baudry: D'après le texte, il est vraiment très difficile de faire la différence entre ce qui est régulier et spécial. Il n'y a pas grand-chose de très précis.

M. Johnson (Anjou): Je vous remercie. Quant à la notion du médecin traitant, je ne suis pas sûr d'avoir bien compris ce que j'ai lu dans votre mémoire. Est-ce que vous me dites quelque part que quelqu'un devrait pouvoir être hospitalisé avec le professionnel de son choix, même si ce n'est pas un médecin? Est-ce que j'ai bien compris? C'est un vaste débat, je le sais.

Mme Pelland-Baudry: Oui, disons que nous essayons de faire un peu de prospective...

M. Johnson (Anjou): Madame la directrice...

Mme Pelland-Baudry: ...et de projection dans l'avenir, tout en regardant ce qui se fait actuellement et la réalité. Dans certaines circonstances, surtout avec le

développement des soins à domicile, on pense que certains professionnels peuvent être appelés à avoir - cela faciliterait en tout cas les démarches - une possibilité d'accès direct.

Maintenant, notre intervention - vous m'avez donné l'occasion d'aller plus loin - portait sur l'inscription. Ce n'est pas nécessaire que ce soit un médecin de l'institution qui la fasse. Au niveau de l'admission, c'est la même chose. Avec le système des omnipraticiens dans les urgences, automatiquement, l'omnipraticien deviendrait le médecin traitant si c'est lui qui fait la demande d'admission. C'est un point d'interrogation qu'on avait.

M. Johnson (Anjou): Je vous remercie. C'est un problème qui a aussi été soulevé par la corporation des médecins. On va s'assurer de clarifier les choses.

À l'égard de l'article 31, c'est un détail important et on vous remercie. C'est le titre "soins prolongés et hébergement" qui est au mauvais endroit. Il devrait être placé après l'article 31. C'est plutôt une erreur de copie qu'autre chose.

Le plan d'organisation. C'est un gros morceau. Vous nous dites que, quand le conseil d'administration fait des règlements, si cela touche les soins infirmiers, il devrait consulter la direction des soins infirmiers. Iriez-vous jusqu'à dire qu'il doit avoir l'approbation de la direction des soins infirmiers pour prendre des décisions? Sans doute pas, mais qu'il doit consulter les soins infirmiers. Vous nous dites aussi que, au niveau du comité consultatif, il faut s'assurer que la direction des soins infirmiers est là. Je vous répondrai sur ces deux sujets en termes généraux et ensuite en termes spécifiques.

En termes généraux, il me semble que cela va un peu de soi, dans la mesure où la direction des soins infirmiers dans un hôpital est un poste de cadre prévu d'ailleurs, et dont on prévoit l'existence dans d'autres textes législatifs. Les effectifs infirmiers représentent en général - si je ne me trompe pas - dans la plupart des hôpitaux, près de 40% des effectifs. C'est à peu près la moyenne. Je vois mal comment, dans une direction d'hôpital, on puisse prendre des décisions qui affectent des soins infirmiers sans qu'ils ne soient dans le processus de décision. C'est ainsi que le tout fonctionne. Je pense que cela va continuer de fonctionner ainsi à bien des égards. L'objet du règlement est plutôt de rapprocher une structure, qui n'a aucun relais administratif, qui s'appelle la structure médicale dans l'hôpital, à ce processus administratif.

C'est ainsi que vous devez comprendre nos intentions. Je comprends que ce sont les textes qui demeurent et non les intentions. J'ai pris bonne note de vos remarques là-

dessus. Je vous remercie d'avoir souligné la cohérence du règlement. Je pense qu'il l'est de façon générale et que c'est une amélioration sur le précédent.

Le paradoxe demeure dans le fait qu'on nous dit en général: Essayez donc de déréglementer, mais on veut s'assurer qu'on n'oublie personne. La pratique même du milieu hospitalier, l'existence de soins infirmiers structurés et très reliés à l'organisation et au fonctionnement de l'hôpital est une chose qui est là et qui est là pour rester. Je pense que c'est ainsi dans tous les pays du monde. D'ailleurs, tous les internes et tous les résidents ont appris cela. Cela fait partie de leur formation de prendre conscience du rôle important des infirmières et des infirmiers dans un hôpital.

(20 h 15)

Je vous remercie des commentaires spécifiques sur beaucoup d'éléments, notamment à l'égard de la confidentialité, de l'accès aux dossiers, de toute cette mécanique, la cohérence avec la loi 65. Encore une fois, on va vous rassurer quant au respect des principes de base. Vous avez soulevé cependant une chose importante qu'on n'avait pas soulevée de la même façon dans les autres mémoires au sujet de l'article 8 qui, à toutes fins utiles, donne un pouvoir au conseil d'administration, finalement, d'intervenir dans la procédure d'accès aux dossiers. Je pense que juridiquement, en vertu des principes généraux du droit civil, cela ne pose pas de problème, sauf que, sur le plan opérationnel, il faudrait s'assurer que ce n'est pas contre l'esprit de l'application de la loi 65 et que cela ne rend pas le processus complètement atomisé. Je vous remercie d'avoir évoqué cette question qui reste fondamentale.

Quant aux centres d'accueil d'hébergement, ce qui était le dernier élément, je pense que vous soupçonnez que les membres de votre corporation seront appelés dans l'avenir à jouer un rôle relativement important dans ce secteur à cause de ce qu'on appelle classiquement l'alourdissement des clientèles. Il est peut-être prématuré à ce stade-ci de geler de façon définitive ce qui se vit empiriquement par ce qu'on appelle des directions de soins et d'assistance dans les centres d'accueil d'hébergement en ce moment, **qui** ont été conçus, encore une fois, à une époque où les centres d'accueil d'hébergement recevaient des gens qui avaient essentiellement des restrictions d'autonomie et qui étaient là souvent pour des raisons "sociales". La réalité de ces centres d'accueil d'hébergement est appelée à changer graduellement. On peut s'attendre que le niveau de soins infirmiers soit plus élevé avec le temps. Je pense qu'il sera temps d'organiser les choses un peu plus clairement une fois qu'on aura vu les choses aller dans

ce domaine-là. Les infirmières se sont taillé une place à la fois enviable et absolument respectée dans l'ensemble de notre système hospitalier et dans notre société de façon générale, dans le secteur hospitalier. Je ne doute pas qu'elles se tailleront une place analogue dans le secteur de l'hébergement, mais on en a peut-être encore pour quelques années avant qu'elles aient dépassé un niveau d'activités tel qu'on s'en aperçoive.

Mme Pelland-Baudry: Ce serait dommage, M. le ministre, parce que, précisément à cause de l'alourdissement de la clientèle dont vous avez parlé tout à l'heure et que nous avons été appelés à souligner, soit directement à vous ou auprès de certaines instances du ministère, non en visant directement le poste lui-même, il va devenir obligatoire, à cause de la nécessité d'augmenter précisément les gens qui distribuent les soins infirmiers et cela, très rapidement... La nuance que cela prendra peut-être encore quelques années, je dis que c'est dommage, pas nécessairement pour nous, mais pour le bénéficiaire parce que cela devient de plus en plus urgent...

M. Johnson (Anjou): Il faudrait qu'on se comprenne bien là-dessus...

Mme Pelland-Baudry: ...compte tenu de l'alourdissement de cette clientèle.

M. Johnson (Anjou): Oui. Il faudrait qu'on se comprenne bien cependant. Je pense que vous savez que nous sommes tous préoccupés par les bénéficiaires. C'est notre rôle à nous, au ministère comme à vous, à la corporation. Cependant, c'est toujours le même équilibre entre la réglementation, donc une standardisation de ces réalités-là au niveau national, et ce que cela implique par la suite, des gens qui se plaignent de la rigidité des procédures, du retard, de la judiciarisation ou de la légalisation, devrais-je dire, du processus administratif. Je pense que la réalité des centres d'accueil d'hébergement au Québec est inégale et je pense que ce sera vrai encore pendant un bout de temps. Cela varie selon les régions, selon la taille, selon le type de clientèle, parfois carrément selon la proximité de ces établissements auprès d'autres établissements, notamment des hôpitaux. Et, finalement, ce qu'on dit, c'est que c'est aux administrations locales d'y voir, étant donné que c'est un univers pas tout à fait aussi bien cerné que l'univers hospitalier, qui a quand même à peu près 400 ans d'existence chez nous, alors que les centres d'accueil, c'est un peu plus récent. Qu'on se comprenne bien, le règlement n'empêche aucunement qu'il y ait une responsabilisation à l'égard de l'organisation des services infirmiers dans le centre d'accueil par le conseil

d'administration local. Ce qu'on dit, c'est qu'il nous apparaît prématuré d'encadrer cela de façon généralisée sur le territoire du Québec parce que les réalités sont très différentes d'un endroit à un autre. Merci.

Mme Pelland-Baudry: Nous surveillerons de très près l'évolution de ce dossier.

M. Johnson (Anjou): Je n'en doute pas. Merci infiniment, madame.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. le Président. Je veux également remercier l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour son mémoire qui, comme à l'accoutumée, est toujours très fouillé et couvre tous les aspects. Il y a évidemment des questions qu'on ne reprend pas parce qu'elles ont déjà été discutées à plusieurs reprises. Le ministre dit qu'il en prend bonne note. Je suis d'accord avec vous quant à l'article 26: la notion du médecin traitant, il faudra qu'elle soit clarifiée de quelque façon. Elle a été soulevée à maintes reprises. Je pense que tout ce qu'on peut faire pour protéger, dans la mesure du possible - on sait qu'il y a des contraintes qu'on ne peut pas briser complètement - le choix du médecin traitant par le bénéficiaire, on doit s'efforcer de laisser cela le plus accessible possible.

Maintenant, à l'article 29, le règlement dit: "Le bénéficiaire doit être informé du plan de traitement..." Vous y ajoutez: "qu'on s'assure aussi de son consentement". Je ne retrouve pas cela exactement dans votre mémoire, sauf que j'ai pris l'article en note. La question s'adresse peut-être au ministre. À quel moment est-il prévu que le bénéficiaire doit donner son consentement à un traitement? Est-ce que c'est en entrant ou si c'est au fur et à mesure du type d'intervention?

M. Johnson (Anjou): Ce n'est pas dans le règlement, par exemple, c'est cela.

Mme Lavoie-Roux: Ce n'est pas dans le règlement, c'est cela.

M. Johnson (Anjou): En général, c'est à l'admission.

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais il peut intervenir des choses en cours d'hospitalisation.

M. Johnson (Anjou): Oui, peut-être que les gens de la corporation ou des fédérations pourraient me corriger là-dessus. Mon souvenir est le suivant: d'abord à l'admission, un consentement de nature générale;

deuxièmement, un consentement spécifique dans le cas des actes chirurgicaux et anesthésiques, lequel se fait en général la veille de la procédure chirurgicale.

Mme Lavoie-Roux: Mais où cela se trouve-t-il? Cela ne se trouve pas dans les règlements. Est-ce que cela se trouve...

M. Johnson (Anjou): Ahi C'est en vertu des règles de droit commun, du Code civil.

Mme Lavoie-Roux: Ah! Tout simplement, oui.

M. Johnson (Anjou): En vertu du Code civil. Cela a été adapté dans les hôpitaux par une formule recto-verso, qui est dans la formule d'admission. Mais c'est en vertu du Code civil.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que cela vous satisfait?

Mme Pelland-Baudry: Pardon? Je n'ai pas compris la question.

Mme Lavoie-Roux: Le consentement du bénéficiaire, vous mettiez en doute qu'il soit véritablement obtenu et vous faites une suggestion pour que ce soit ajouté à l'article 29...

Mme Pelland-Baudry: Nous insistons pour que ce soit... Vu l'expérience que nous avons et les commentaires qui nous sont faits par nos membres, dans les institutions, nous insistons pour que ce soit ajouté.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'il se retrouve comme pièce...

Mme Pelland-Baudry: Pour être bien sûr que nous l'obtenons. Comme nous le mentionnons, le bénéficiaire peut avoir été averti, avoir reçu des informations - et je dis peut... Nous avons été amenés à en discuter même en juillet. Cela ne se fait pas toujours. Mais ce n'est pas tout d'avoir été informé en ce qui concerne les interventions. Il faut aussi y donner son consentement. Être informé ne signifie pas donner un consentement.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'autrefois cela ne se trouvait pas comme pièce au dossier? Et maintenant, est-ce que...

M. Johnson (Anjou): Il y a une pièce au dossier. C'est toujours au dossier. Il me semble que c'est derrière le formulaire d'admission habituellement ou... Je me souviens qu'il y a une feuille spécifique à l'hôpital. C'est à peu près standard, dans le fond...

Mme Guimond (Thérèse): Il y a quelque chose qui est signé à l'arrivée et il y a aussi la signature la veille de l'intervention, quand l'anesthésiste et le chirurgien font leur visite. Mais dans le règlement, ce n'est pas inscrit. Je ne peux pas me rappeler si cela était inscrit dans l'autre règlement.

M. Johnson (Anjou): Je vais revenir là-dessus. Cela m'apparaît assez important effectivement, mais je ne pense pas qu'il y ait d'inquiétude à avoir. Disons qu'on s'assurera qu'on relit les extraits de vos interventions et ceux de la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Si vous prenez le paragraphe 12 de l'article 55...

M. Johnson (Anjou): Les documents par lesquels un bénéficiaire reconnaît avoir reçu les informations appropriées sur les services rendus.

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais il n'y a pas de consentement. Dans le vieux règlement, il y avait des formules d'autorisation légale. Est-ce que c'est l'équivalent?

M. Johnson (Anjou): Il y a aussi l'article 22: "Les documents constatant le consentement d'un bénéficiaire à la prise par l'établissement..." Ah! Je m'excuse. C'est pour les photographies et les films.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'on vous demande toujours votre consentement, M. le ministre?

M. Johnson (Anjou): Pour les films... La copie de la déclaration de décès, mais ce n'est pas cela.

Mme Pelland-Baudry: Pour répondre à la question de Mme la députée de...

Mme Lavoie-Roux: ...de L'Acadie.

Mme Pelland-Baudry: ...de L'Acadie, il est question d'explications, d'informations à donner dans le règlement, mais il n'est pas question de...

Mme Lavoie-Roux: ...consentement.

Mme Pelland-Baudry: ... consentement. C'est pour cela que nous revenons sur le sujet, pour qu'on y pense dans le règlement.

M. Johnson (Anjou): Peut-être que, pour revenir là-dessus, je peux m'engager auprès des membres de la commission à m'assurer qu'on est bien assis sur le plan juridique avant l'adoption du règlement. On en discutera probablement au moment où on

fera un résumé de tout cela à la fin de la commission.

L'approche qui a été choisie jusqu'à maintenant dans la formulation du règlement, c'est-à-dire les articles 18 et 19 du Code civil, livre premier, titres: Des personnes, De la jouissance des droits civils... Article 18: "Tout être humain possède la personnalité juridique." Article 19: "La personne humaine est inviolable. Nul ne peut porter atteinte à la personne d'autrui sans son consentement ou sans y être autorisé par la loi." C'est le cas d'un acte chirurgical et qui est intrinsèquement un acte violent et qui exige donc que l'article 19 du Code civil soit respecté.

Ceci dit, il est vrai que, dans le règlement, on ne se réfère pas à la notion de consentement, s'étant basé là-dessus sur les principes généraux. Encore une fois, on le fera vérifier et on aura une réponse définitive quant à cela, d'autant plus que l'ancien le comportait.

Mme Lavoie-Roux: À ce moment-ci, dans le cas de la révision du Code civil, on étudie justement cette question de consentement. Je demande si, au plan pratique, même si c'est dans le Code civil - il y a tellement de pièces au dossier - d'avoir cette pièce supplémentaire d'autorisation ou de consentement au dossier... Il faut que les gens le sachent.

M. Johnson (Anjou): Je pense qu'on se comprend tous sur l'objectif.

Mme Lavoie-Roux: Oui, oui. D'accord.

M. Johnson (Anjou): D'accord.

Mme Lavoie-Roux: Vous allez l'examiner à nouveau.

M. Johnson (Anjou): C'est parce qu'il y a le projet de loi 106 qui est à l'étude en ce moment qui le prévoit spécifiquement.

Mme Lavoie-Roux: Oui, c'est cela. Pendant que vous échangez...

M. Johnson (Anjou): Alors, merci...

Mme Pelland-Baudry: Retenez quand même notre demande.

M. Johnson (Anjou): Oui, oui. On en a pris bonne note, madame.

Mme Lavoie-Roux: Je pense également que vos suggestions au sujet des articles 55 et 56, quand vous suggérez... J'aimerais avoir la réaction du ministre. Je comprends qu'il ne relève pas tout, mais il a dit qu'il les examinerait chacune à nouveau. Je veux quand même lui signaler celle où on parle

d'indiquer les dates de révision dans le cas de cure fermée, et je pense qu'on revient avec la même notion dans le cas des plans de traitement dans les hôpitaux de soins prolongés, peut-être même des centres d'accueil... Je pense que cette prudence d'indiquer des dates de révision des dossiers quand ce sont des traitements ou des hospitalisations qui s'étendent sur de longues périodes, parce cela a souvent été le problème dans le passé... Si on pense à la protection de la jeunesse, par exemple, où maintenant les dates précises sont indiquées sur nos révisions de dossiers, ce serait peut-être bon de...

M. Johnson (Anjou): ...d'indiquer que ce doit être une mention au dossier.

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): D'accord. J'aurais tendance à dire que c'est implicite dans la mesure où la loi le prévoit. Que ce soit dans le cas de la cure fermée, dans le cas de la protection de la jeunesse, la loi étant extrêmement spécifique là-dessus, faisant des obligations aux professionnels et aux établissements, je présume que ces choses sont consignées au dossier. Maintenant, cela va peut-être mieux en le disant; comme cela, on va allonger le règlement.

Mme Lavoie-Roux: Oui, vous avez raison. Mais c'est dans le même article de toute façon, cela sera un mot de plus. C'est que, si on examine les recommandations de la Commission des affaires sociales, je ne crois pas errer en disant qu'une des remarques qui est revenue à peu près à chaque année, c'est le fait que, même si tout cela est prévu, il y a eu beaucoup de carence quant aux révisions des cas en cure fermée et, particulièrement dans les hôpitaux psychiatriques, il y a des retards et... En tout cas, cela ne s'est pas fait sur une base régulière, même si c'était prévu dans les lois.

M. Johnson (Anjou): Oui...

Mme Pelland-Baudry: M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Oui, madame.

Mme Pelland-Baudry: Je pense que l'expérience de tous les jours révèle que ce n'est pas aussi explicite que cela dans la pratique. Ce serait peut-être bon d'y penser quelque part dans la réglementation.

M. Johnson (Anjou): Je prends note. Enfin, je vais vous dire. Dans le cas de la révision des cures fermées, il y a le Code criminel, il y a la Loi sur la protection...

Mme Lavoie-Roux: Je vous réfère au rapport de la commission des affaires sociales. Vous lirez ce qu'on dit sur ce qui arrive dans les cas de personnes en cure fermée.

M. Johnson (Anjou): Justement, dans le projet de loi 106, non seulement on parle de faire des règlements là-dessus, mais on modifie le Code civil pour régler ce problème.

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais quand pensez-vous le modifier, M. le ministre? (2D h 30)

M. Johnson (Anjou): Il n'en tient qu'à vous!

M. French: Voyons donc! J'en reparlerai le 18 octobre. Cela est fort, par exemple!

Mme Lavoie-Roux: D'autant plus qu'il n'y a pas de dossier où le gouvernement obtienne autant de collaboration de l'Opposition que dans la révision du Code civil. Vous devez en convenir.

M. French: Nous sommes obligés de renseigner le ministre de la Justice sur des réalités élémentaires et on va continuer de le faire dès que l'Assemblée nationale sera convoquée.

M. Johnson (Anjou): Ce sera intéressant!

Le **Président (M. Desbiens):** Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Merci. À la page 53 - je ne relèverai pas tous les points parce que, comme on l'a dit tout à l'heure, ils seront examinés de près - en ce qui touche l'organisation, il y a d'abord l'institution d'une direction des soins infirmiers. Le ministre a commenté là-dessus, mais ce qui m'a un peu étonnée, c'est que vous demandiez que soient incluses - à moins que ceci n'ait été inclus dans l'ancien règlement - toutes les obligations ou les fonctions que devrait exercer la direction des soins infirmiers ou le chef du service des soins infirmiers. Croyez-vous vraiment que ceci doive être inclus? Il me semblerait que c'est inhérent à la fonction même d'un directeur ou d'une directrice de services infirmiers. Là, vous demandez qu'on en fasse tout l'énumération. Est-ce que c'était dans l'ancien règlement?

Mme Pelland-Baudry: Je pense que je peux répondre; mes collègues me corrigeront ou compléteront. Il y a une concordance à faire en ce qui concerne les responsabilités et fonctions d'un directeur de soins infirmiers dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et de soins prolongés.

Là, il s'agit des centres d'hébergement; alors, c'est une concordance à faire du point de vue des responsabilités. Avez-vous autre chose à ajouter?

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que cela existe déjà dans la réglementation? C'est dans la loi?

Mme Guimond: Pas pour les centres d'hébergement.

Mme Pelland-Baudry: Pas pour les centres d'hébergement; seulement pour les soins de courte durée et les soins prolongés. Là, nous le demandons pour les centres d'hébergement.

Mme Lavoie-Roux: Alors, on le demande pour les autres.

M. Johnson (Anjou): Pour les CAH.

Mme Lavoie-Roux: D'accord. Dans votre dernier chapitre, vous parlez de l'organisation de l'enseignement et de la recherche. C'est prévu maintenant, dans les règlements que doit préparer le conseil d'administration, qu'il y a quelque chose touchant l'organisation de l'enseignement et de la recherche.

Mme Pelland-Baudry: À notre grande satisfaction, Mme la députée, parce que nous avons collaboré un peu à ce que ce soit inclus. Notre demande était à cet effet au mois de juillet.

Mme Lavoie-Roux: C'est parce que vous voulez être certains qu'ils aient un effet pratique que vous demandez d'être consultés sur tous les règlements et sur celui-ci en particulier?

Mme Pelland-Baudry: Nous croyons qu'il ne s'agit pas uniquement d'enseignement médical et de recherche qui concerne la recherche médicale, mais que tous les professionnels sont intéressés ou sont touchés par l'enseignement dans un centre hospitalier et par la recherche dans un centre hospitalier. Alors, cela élargit ce qui était restrictif autrefois.

Mme Lavoie-Roux: Vous croyez que si vous n'êtes pas consultés sur le règlement, on peut encore vous oublier?

Mme Pelland-Baudry: Je ne comprends pas le sens de votre question.

Mme Lavoie-Roux: Ce que je comprends de votre recommandation, c'est que, si vous n'êtes pas consultés sur le règlement, vous pourriez être encore...

Mme Pelland-Baudry: Nous avons été

oubliés.

Mme Lavoie-Roux: Vous l'avez été, mais est-ce que vous le serez encore? Avant, je crois comprendre que cela ne faisait pas partie des règlements.

Mme Pelland-Baudry: Je crois que nous serions oubliés, oui, compte tenu de certaines remarques que nous avons entendues aussi ces jours-ci.

Mme Lavoie-Roux: Je vous remercie, Mme Pelland-Baudry.

M. Johnson (Anjou): Merci, madame.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce qu'il y a d'autres interventions? Sinon, je remercie les membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec de leur participation à nos travaux et j'invite l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec à s'approcher, s'il vous plaît.

À l'ordre, s'il vous plaît! Nous entendrons maintenant l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. M. Roger Leblanc, si vous voulez présenter d'abord les personnes qui vous accompagnent et procéder à la présentation de votre mémoire.

Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

M. Leblanc (Roger): Merci, M. le Président. En commençant par mon extrême gauche, M. Pierre Ducharme, secrétaire de l'association; Mme Claire Pagé, deuxième vice-présidente; M. Robert Létourneau, premier vice-président. À ma droite, le conseiller juridique de l'association, Me Yvan Brodeur.

M. le Président, M. le ministre des Affaires sociales, distingués membres de la commission parlementaire, en décembre 1981, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec avait le privilège d'être reçue et entendue par la commission des affaires sociales pour présenter ses commentaires relativement au projet de loi 27. Aujourd'hui, l'intérêt se porte sur le règlement en vertu de la loi 27 et il nous est agréable de vous livrer nos commentaires à propos de ce projet.

Nous croyons opportun de rappeler que nos demandes antérieures visaient à ce que, premièrement, le ministre des Affaires sociales se dote des moyens légaux pour conclure une entente qui puisse s'appliquer à tous les pharmaciens en établissement et lier tous les établissements de santé; deuxièmement, à ce que les pharmaciens soient membres du Conseil des médecins et dentistes; troisièmement, à ce que le service de pharmacie devienne un département

clinique et, enfin, à ce que le chef du département de pharmacie soit placé sous la surveillance du directeur des services professionnels.

À l'appui de ces demandes, nous invoquons l'évolution constante de la pratique de la pharmacie et le fait que le rôle du pharmacien en établissement de santé est désormais axé sur des activités de contrôle clinique de la médication. Ces activités sont principalement la validation des ordonnances, l'opinion pharmaceutique, le service auprès du malade et l'information.

Validation des ordonnances. L'ensemble des tâches reliées à la validation des ordonnances a pour but d'apprécier l'opportunité clinique de la prescription du médecin ou du dentiste. Cette responsabilité spécifique est confiée par la Loi sur la pharmacie qui régit l'exercice de notre profession. En effet, cette loi définit l'expression "ordonnance" comme étant une autorisation de fournir des médicaments ou des poisons, donnée par une personne autorisée à prescrire des médicaments ou des poisons par une loi du Québec. Contrairement à d'autres groupes professionnels, le pharmacien n'est donc pas un simple exécutant; la loi a créé une exception pour le pharmacien. Même si la recherche d'un consensus est son objectif premier, à la limite, le pharmacien peut donc refuser d'exécuter une ordonnance, ce qui dépasse le simple droit de recommandation. Les rapports médecin-pharmacien demeurent donc de consultant à consultant.

Opinion pharmaceutique. L'opinion pharmaceutique s'inscrit dans une perspective de collaboration interdisciplinaire et se manifeste selon les deux hypothèses suivantes. La première: selon l'opinion du pharmacien, l'analyse de l'ordonnance révèle que la médication est inopportune sur le plan clinique. En pareil cas, le pharmacien en informe le prescripteur et discute avec lui des correctifs appropriés. La deuxième hypothèse: le prescripteur recherche l'opinion du pharmacien auquel il entend adresser une ordonnance. Cette situation représente la méthode de travail la plus efficace et devient une pratique de plus en plus fréquente. Cette activité clinique-conseil du pharmacien auprès du médecin ou du dentiste représente l'aspect le plus important de son rôle en établissement de santé. Le succès des politiques de consommation rationnelle du médicament comme agent thérapeutique dépend de cette collaboration entre le médecin ou le dentiste et le pharmacien.

Le service auprès du malade. La pharmacie clinique met le pharmacien en communication croissante avec le malade. Les programmes de formation universitaire ont, d'ailleurs, été repensés pour tenir compte de cette collaboration plus active que le pharmacien apporte au médecin

traitant. Ces rapports du pharmacien avec le malade empruntent principalement deux modes, soit l'histoire médicamenteuse à l'arrivée du malade et le conseil pharmaceutique en cours d'hospitalisation ou, encore, au départ du patient. Ces interventions cliniques du pharmacien auprès du malade demeurent certes limitées aux situations spéciales, eu égard aux effectifs disponibles. Cette contribution s'inscrit dans le cadre des programmes préventifs de santé; elle n'a pas encore l'ampleur que justifierait la nécessité de contrer la consommation abusive des médicaments. L'utilité du pharmacien dans les programmes de prévention des départements de santé communautaire nous apparaît évidente. Il y aurait donc lieu de favoriser cette participation.

L'information. Le pharmacien joue de plus en plus en établissement de santé une fonction d'information auprès des médecins, des dentistes et du personnel infirmier concernant la médication. Cette fonction, il l'assume par la tenue de conférences, de séminaires, ainsi que par la publication de bulletins pharmaceutiques. L'avalanche de matériel publicitaire publié par les compagnies pharmaceutiques rend de plus en plus vitale une information critique sur les médicaments. On constate donc que le rôle professionnel du pharmacien en établissement de santé s'est transformé et a évolué vers une collaboration clinique au soin du malade, favorisant ce rapprochement irréversible du médecin et du pharmacien.
(20 h 45)

À ce moment-ci, M. le Président, si vous me le permettez, nous voudrions insérer un addendum à notre mémoire et nous voudrions le déposer. Nous croyons pouvoir affirmer, en toute honnêteté, que les demandes que nous faisons valoir en décembre 1981, à savoir que les pharmaciens fassent partie du Conseil des médecins et dentistes, qu'ils soient regroupés dans une unité départementale et que le chef de ce département relève du directeur des services professionnels, ont été accueillies favorablement.

En effet, d'une part, la loi 27 prévoit que le pharmacien est membre du Conseil des médecins et dentistes. Il s'agit là d'une modification fondamentale dont certains ne semblent pas, même aujourd'hui, saisir toutes les conséquences. Cette simple modification législative avait pour effet de briser une tradition bien ancrée, à savoir que le Conseil des médecins et dentistes est composé exclusivement de professionnels qui ne sont pas des salariés de l'établissement, soit les médecins et dentistes. On peut immédiatement comprendre, sans pour autant les partager, les réticences qui peuvent encore aujourd'hui être véhiculées par certains organismes. Ceux-ci, d'une part,

face à l'évolution de la pratique pharmaceutique, reconnaissent l'importance d'intégrer le pharmacien au Conseil des médecins et dentistes, mais, d'autre part, face à leur attachement à la tradition, refusent de reconnaître la conséquence la plus élémentaire de cette modification intervenue à la loi, à savoir que le législateur a voulu qu'un salarié, le pharmacien, soit membre du Conseil des médecins et dentistes car, au fond, c'est cela même qu'ils refusent d'admettre.

Quant aux deux autres demandes relatives au directorat des services professionnels et au département de pharmacie, elles ont été accueillies tout aussi favorablement. En effet, il se dégage, à la lecture du journal des Débats des 16 et 18 décembre 1981, que tant le ministre des Affaires sociales, M. Johnson, que Mme Lavoie-Roux ont indiqué leur acquiescement à ces demandes. C'est ainsi qu'à une question de Mme Lavoie-Roux le ministre des Affaires sociales a annoncé de façon claire que, vu le caractère clinique de la pratique pharmaceutique, le règlement qui ferait suite aux modifications législatives créerait un département de pharmacie et que le chef de ce département relèverait du directeur des services professionnels. On peut donc affirmer que la modification législative apportée par la loi 27, si tant est qu'on en admet les conséquences logiques, de même que les modifications au règlement annoncées par le ministre dès 1981, permettaient dès lors, pour ceux qui ne sont ni borgnes ni aveugles, de percevoir l'ampleur de la réforme pharmaceutique.

Effectivement, à quelques exceptions près, le projet de règlement introduit le pharmacien de plain-pied au Conseil des médecins et dentistes. À cet égard, la position de l'APES est simple: nous demandons que le pharmacien soit soumis à la même réglementation que les autres membres du Conseil des médecins et dentistes. En cela, nous rejoignons la position de l'Association des conseils des médecins et dentistes du Québec.

D'autre part, l'introduction du pharmacien au Conseil des médecins et dentistes vise à lui permettre d'y apporter sa pleine contribution. Cet objectif ne saurait être atteint que s'il participe tant au Conseil des médecins et dentistes qu'à ses comités.

Je poursuis notre mémoire. Nous savons gré au ministre des Affaires sociales d'avoir reconnu la spécificité de l'apport du pharmacien aux soins du malade dans le contexte de la pharmacie clinique et d'avoir conséquemment réalisé l'adéquation entre la formation, le rôle, les fonctions et les responsabilités du pharmacien d'établissement. De plus, nous savons gré au ministre des Affaires sociales d'avoir situé les pharmaciens dans la structure organi-

sationnelle de l'établissement de santé à une place fonctionnelle qui favorisera un rendement maximal de leur part au profit de l'ensemble de la population du Québec.

Par la loi 27, le pharmacien est devenu membre du Conseil des médecins et dentistes. En vertu du règlement qui en découle, la pharmacie relèvera de la direction des services professionnels et elle sera régie par les règles d'organisation et de fonctionnement relatives aux départements.

La réglementation qui nous est proposée précise, entre autres, le statut du pharmacien dans l'établissement et au Conseil des médecins et dentistes. Même si, dans certains centres hospitaliers, on a attendu ce règlement avant d'intégrer les pharmaciens au Conseil des médecins et dentistes, il demeure que la majorité des pharmaciens d'établissement font maintenant partie de ce conseil.

Il plaira sûrement aux membres de cette commission d'entendre des commentaires positifs à la suite de l'accession des pharmaciens d'établissement au Conseil des médecins et dentistes. Ainsi, les pharmaciens, au lieu d'être des intervenants de l'extérieur, deviennent des collaborateurs internes. Les changements psychologiques qui se produisent dans la relation médecin-pharmacien donnent ouverture à un plus grand potentiel de la ressource pharmaceutique:

- le nombre de consultations médecin-pharmacien est à la hausse;
- les pharmaciens sont davantage intégrés dans les programmes d'éducation médicale continue;
- l'impact au niveau des communications est considérable puisqu'il est maintenant plus facile d'atteindre tous les médecins via le Conseil des médecins et dentistes;
- les pharmaciens évoluent désormais sur un plus grand éventail de comités du Conseil des médecins et dentistes.

Le délai qui a été nécessaire pour parfaire le règlement proposé aura permis de vérifier l'impact de l'accession du pharmacien au Conseil des médecins et dentistes. Nous partageons maintenant la conviction que la transformation de la pharmacie en un département et le fait de relier le chef du département de pharmacie au directeur des services professionnels représentent plus que des changements de concordance. Il s'agit, en fait, de modifications qui devraient maximiser les résultats bénéfiques de l'accession du pharmacien d'établissement au Conseil des médecins et dentistes et permettre d'atteindre un meilleur contrôle de l'utilisation du médicament.

L'importance de ce contrôle a été récemment mise en relief dans la publication *Médicaments ou potions magiques*. Le Conseil

des affaires sociales et de la famille y a étudié en profondeur le phénomène de la consommation des médicaments dans notre société québécoise. Le médicament affiche non seulement des effets préventifs ou curatifs, mais, malheureusement, il est source d'effets secondaires et toxiques, de maladies iatrogéniques, de dépendance, d'accidents routiers. À sa dimension traditionnelle d'instrument thérapeutique, il faut associer les facettes psychologiques, économiques, sociales, publicitaires, éducationnelles, politiques et légales du médicament.

Le médicament est un objet complexe qui ne livre pas toujours l'effet attendu en se permettant même des effets indésirables. Or, il advient que les consommateurs de médicaments deviennent bénéficiaires dans un centre hospitalier ou encore dans un centre d'accueil. À notre avis, l'établissement constitue le milieu privilégié du questionnement et de la réévaluation de la médication pour chacun des patients. L'établissement doit devenir l'usine de filtration des ordonnances de médicament et, si indiqué, le milieu de modification des habitudes de consommation des médicaments. Les pharmaciens d'établissement vous sont reconnaissants, M. le ministre, pour avoir bien saisi l'importance du médicament dans la société et avoir fourni aux médecins, aux dentistes et aux pharmaciens professionnels, qui prescrivent et contrôlent la médication, l'encadrement qui leur permet de viser à un usage plus pertinent de la médication et, partant, à une meilleure santé des Québécois.

En regard du médicament, nous soumettons que le législateur a assumé ses responsabilités politiques par la préparation d'une loi et d'un règlement fort adéquats et de haute qualité. Les pharmaciens d'établissement, de concert avec leurs collègues médecins et dentistes, entendent assumer pleinement les responsabilités qui leur sont confiées au plan clinique pour une protection accrue et une meilleure qualité de vie de leurs concitoyens.

À la suite de ces remarques générales, nous vous présentons quelques recommandations particulières à propos de certains articles du projet de règlement. Nous voulons à ce moment-ci souligner seulement quelques articles et nous vous référons pour le reste à notre mémoire.

Notre première observation se situe à l'article 17 qui s'intitule Comité consultatif à la direction générale. La loi 27 n'identifie pas le département de pharmacie parmi les départements cliniques. Nous recommandons l'adoption d'une terminologie qui n'exclut pas d'emblée le chef du département de pharmacie du comité consultatif à la direction générale. L'apport du chef de département de pharmacie peut être intéressant en raison soit de ses qualités

administratives, de sa propension à la consultation, de sa disponibilité ou encore de l'importance des services pharmaceutiques, de l'aspect économique du médicament, etc.

À l'article 75, il nous semble qu'on pourrait ajouter: " s'il s'agit d'un centre hospitalier affilié à une université pour fins de résidence en pharmacie d'hôpital, la nomination du chef de département doit être faite après consultation de l'université selon les dispositions du contrat d'affiliation." Nous référons ici à l'article 71 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, édition du 30 juin 1982. L'article 71 prévoit la consultation de l'université avant la nomination d'un chef de département clinique dans un centre hospitalier recevant des résidents en médecine. Il serait normal qu'il en soit ainsi en pharmacie, pour tous les centres hospitaliers qui reçoivent des résidents au diplôme ou certificat en pharmacie d'hôpital.

Notre deuxième remarque à ce sujet serait d'enlever: "Ce terme peut être renouvelé". Pour nous, il semble superflu d'exprimer à nouveau que le mandat puisse être renouvelé, étant donné l'existence de l'article 171. Il y aurait peut-être lieu d'ajouter: "Advenant le non-renouvellement de sa nomination, le chef du département de pharmacie continue d'oeuvrer dans le département à titre de professionnel".

Pour favoriser le dynamisme de la formule élective, les pharmaciens cliniciens devront avoir la certitude de pouvoir revenir aux activités purement cliniques avant d'accepter un mandat de chef de département. Sans cette garantie, inscrite au règlement - et j'insiste, M. le ministre - ou encore dans une entente, il risque d'y avoir peu de changements et une évolution plus lente de la pharmacie d'établissement est prévisible. D'autre part, il serait inconvenant qu'un mandat de chef soit un corridor menant à l'exclusion du département.

Mon autre remarque se situe à l'article 88. Les dispositions de l'article 113 de la loi 27 empêchent actuellement qu'un pharmacien puisse faire partie du comité exécutif. Lorsqu'une personne fait partie intégrante d'un groupe en qualité de membre actif, qu'elle paie une cotisation, il serait équitable qu'elle puisse offrir ses services à un poste électif au même titre que ses collègues. Même si le règlement actuel ne peut corriger cette anomalie, nous la portons à l'attention du législateur en vue d'une correction éventuelle de la loi 27.

D'autres changements de concordance dans la loi devraient permettre de dénommer le Conseil des médecins et dentistes Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et d'incorporer la pharmacie aux autres départements cliniques.

À l'article 89, le membre associé n'a pas droit de vote aux assemblées, mais il

peut être nommé membre des comités du Conseil des médecins et dentistes. Il ne peut être élu au comité exécutif ou être nommé président ou secrétaire d'un comité du conseil. Quant à nous, il peut être préférable de nommer un membre associé président ou secrétaire d'un comité, en raison de son expertise. Par exemple, un microbiologiste, membre associé, pourrait avantageusement présider un comité des infections et un pharmacien, membre associé, peut être le secrétaire indispensable d'un comité de pharmacologie. Le comité exécutif a la responsabilité d'obtenir un bon rendement de ses comités. Une plus grande souplesse dans le choix des moyens ne peut être que profitable.

Ici s'arrêtent nos observations et nous sommes prêts à entendre vos questions.

Le Président (M. Desbiens): Merci. M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Merci de vos propos, "M. Ducharme". Merci de votre mémoire, qui est un mélange d'une certaine conception des choses dans le domaine de la pharmacie, teintée par le fait que vous êtes également une association qui représente les intérêts économiques de ses membres et, finalement, un groupe de professionnels un peu particulier. Je comprends que vous êtes obligé de porter plusieurs chapeaux en même temps et je peux vous dire que je vous comprends bien.

Notre préoccupation de base - vous le soulignez dans votre mémoire et je pense que c'est important de situer cela dans une perspective, étant donné que l'Association des hôpitaux et la corporation, ainsi que les CMD nous ont déjà parlé de cela - c'est finalement le médicament dans notre société. À ce propos, je pense que le livre du Conseil des affaires sociales et de la famille est extrêmement intéressant. Le médicament occupe une place importante; d'aucuns diraient trop importante. Il y a là un jugement de valeur difficile à exprimer, mais juste à regarder la quantité de... Là, je ne nommerai pas la petite pilule jaune que tout le monde connaît, ils ont assez de publicité comme cela. À voir la quantité qui est consommée dans notre société, on peut se poser des questions. Parmi ceux qui posent le plus de questions à ce sujet, il y a des pharmaciens qui ont l'occasion - je ne dirai pas la chance ou le privilège - d'être en dehors d'un circuit de préoccupations économiques.
(21 heures)

C'est extrêmement difficile d'avoir une vision très objective de ces questions de la part des entreprises pharmaceutiques malgré leur apport considérable à la recherche et à une série de choses dans notre société. Lorsque je regarde la quantité de couleurs

qu'elles mettent dans les annonces de la plupart des journaux, je me dis: Ma foi, cela doit servir à quelque chose et non pas seulement à faire de l'éducation populaire. Il y a un problème et, comme société, on se le pose. Il s'agit d'y faire face, de façon rationnelle, pondérée et intelligente. En ce sens, les pharmaciens d'établissement sont une ressource assez remarquable pour que cette question se pose dans le cadre de la pratique courante des établissements de santé. D'une part, ils ont l'avantage d'avoir une formation universitaire poussée qui est l'équivalent d'à peu près les quatre cinquièmes de la formation médicale de premier cycle. C'est quatre ans, je crois?

M. Leblanc (Roger): C'est quatre ans.

M. Johnson (Anjou): D'autre part, les pharmaciens d'établissement sont ou bien des cadres ou bien des salariés, ce qui ne vient pas simplifier les choses. Mais ils sont en dehors d'un circuit économique qui est celui qu'on retrouve dans la pratique de la pharmacie privée. La voie qu'on a choisie, c'est de se dire que, compte tenu que ces professionnels ont une espèce de vocation universelle dans l'établissement, ils sont susceptibles d'être impliqués à un stade ou à un autre, ne serait-ce que dans leur officine pour l'ensemble des patients qui entrent dans l'établissement. D'autre part, la Loi sur la pharmacie leur reconnaît des pouvoirs très explicites qui ne sont pas nécessairement reconnus aux autres professions de la santé en dehors de celle de médecin. Il y a donc là la possibilité de faire une jonction intéressante et de déclencher une dynamique à l'égard de la question du médicament en ce qui concerne les établissements qui fasse progresser la résolution de ce qui peut être perçu assez simplement comme un problème dans notre société. Cependant, les difficultés et les embûches sont nombreuses. On est à même de le constater en écoutant le mémoire de l'AHQ, celui des conseils des médecins et dentistes, même celui de l'ordre. D'une part, il n'est pas dit qu'on n'aura pas quelques difficultés juridiques en ce qui concerne nos pouvoirs habilitants; on sait qu'il y a des imprécisions. Cela s'appelle le Conseil des médecins, dentistes et non pas le conseil des médecins et dentistes et pharmaciens. On nous l'a rappelé bien clairement. D'autre part, il y a ce statut un peu hybride de plusieurs pharmaciens dans les établissements qui sont tantôt des cadres, tantôt des salariés. Si je ne m'abuse, votre association ne regroupe pas tous les pharmaciens d'établissement. Est-ce que je me trompe?

M. Leblanc (Roger): Pas tous les pharmaciens. Peut-être 90%.

M. Johnson (Anjou): Pas tous, mais la majeure partie, 90%. Cela pose une certaine difficulté de cohérence qu'on voit aussi dans le mémoire quand vous dites à l'une de vos propositions: On voudrait être sûr que, si sa nomination n'est pas reconduite comme chef de département, il redevienne simple salarié dans cet établissement. Il n'y a pas un médecin qui demanderait cela et il n'y a pas une infirmière qui ne verrait pas à ce que cela ne se règle pas dans la convention collective. Il y a un statut un peu hybride qui rend ce problème...

Mme Lavoie-Roux: Vous leur faites des suggestions pour leur négociation.

M. Johnson (Anjou): Non. Ils n'ont pas besoin de cela, d'ailleurs, je connais leur procureur. Plusieurs choses ont été dites par l'AHQ, la corporation, les CMD et je présume que les deux fédérations auront des choses à nous dire à ce sujet. C'est un problème complexe dans sa résolution. Je tenais à rappeler ces préoccupations et la voie qu'on a choisie. Je crois qu'on pourra trouver une solution adéquate sur le plan juridique et fonctionnel, pour régler ce problème. J'aimerais que la solution soit absolument consensuelle, mais nous verrons cela à la fin de tous les mémoires quand nous essaierons de voir et d'interpréter ce que chacun a dit pour voir si ce que nous trouvons est une solution de consensus.

Quelques remarques brèves sur le contenu de votre mémoire spécifiquement, notamment sur la dernière partie. Je veux simplement vous rassurer. L'article 171 du règlement n'existe plus, il a été abrogé dans le nouveau règlement des cadres. Donc, cela fait partie des objets de la "négociation". À l'égard de la notion de résidence ou de tout le relais universitaire dans votre profession, vous n'êtes pas les seuls à le demander; cela ne simplifie pas les choses.

Finalement, une dernière remarque sur l'intégration au mécanisme consultatif. Si je comprends bien, vous ne demandez pas d'être inclus obligatoirement; vous demandez de ne pas être exclus automatiquement dans notre formulation.

M. Leblanc (Roger): À cause de la présence du mot "clinique".

M. Johnson (Anjou): Oui. Par contre, à titre de cadres, votre DG pourrait vous inviter, mais vous n'avez pas l'air confiant.

M. Leblanc (Roger): Nous ne sommes pas de grands administrateurs.

M. Johnson (Anjou): Finalement, est-ce que vous jugez que les pharmaciens, dans la mesure où ils seraient à toutes fins utiles des membres à part entière du CMD,

auraient accès à siéger à tous les comités?

M. Leblanc (Roger): Peut-être pas tous les comités, mais ceux où le pharmacien peut apporter une contribution valable.

M. Johnson (Anjou): Je fais une distinction entre une contribution valable et une contribution professionnelle spécifique. Elle peut être valable sur bien des sujets.

M. Leblanc (Roger): Oui. Si on parle de la situation actuelle, indépendamment de la réglementation, il y a des pharmaciens qui font partie d'autres comités que le comité de pharmacologie. Il y a des gens qui sont à l'infection, il y a des gens qui sont à l'éducation dans l'hôpital; enfin, il y a certains comités où les pharmaciens sont déjà intégrés indépendamment de la réglementation.

M. Johnson (Anjou): D'accord. J'en prends bonne note. Je vous remercie de votre mémoire, M. Leblanc. Je vous ai appelé Ducharme tout à l'heure; je m'excuse, M. Ducharme!

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. le Président. Je veux remercier l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec qui apporte certaines clarifications ou qui indique d'une façon très certaine son désir que les règlements qui sont prévus pour les pharmaciens puissent être mis en oeuvre. Il y a également des difficultés sur lesquelles le ministre lui-même est revenu.

Vous avez présenté votre conseiller juridique, M. Brodeur. Je sais que le ministre - nous en avons discuté avant-hier - doit obtenir un avis de ses conseillers juridiques, sur les difficultés que d'autres associations ont fait valoir, par exemple, eu égard à l'article 173j où les statuts et règlements sont prévus pour les médecins et dentistes et non pas pour les pharmaciens. Est-ce que cela crée une difficulté pour vous? Et, l'article 105, eu égard à la fameuse question des cadres et salariés, vous avez certainement dû l'examiner vous-même. Quelle est l'opinion à laquelle vous êtes arrivé?

M. Brodeur (Yvan): Avant de répondre à votre question, en me référant spécifiquement à des articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, je dirai ceci au départ, un peu comme l'a dit M. le ministre, sur la situation juridique du pharmacien. Deux amendements apportés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux en ont fait un membre du

Conseil des médecins et dentistes selon - c'est assez important de voir un peu ce que faisaient ces amendements - l'article 111 qui disait qu'il était membre du Conseil des médecins et dentistes et l'article 1 qui disait, à son avant-dernier paragraphe: "Sauf dans les régions visées dans les sections III et IV de la présente loi, un médecin, un dentiste ou un pharmacien ne fait pas partie du personnel clinique de l'établissement lorsqu'un conseil des médecins et dentistes est institué dans cet établissement. Toutefois, les médecins et dentistes, autres que les cadres de l'établissement, ne sont pas considérés comme faisant partie du personnel." Donc, le pharmacien n'est pas membre du personnel clinique de l'établissement lorsqu'il y a un conseil des médecins et dentistes, mais pour autant il est membre du personnel. Dès l'article 1, il y a une ambiguïté qui existe. Évidemment, en voulant introduire le pharmacien au Conseil des médecins et dentistes, le législateur aurait pu décider d'apporter un ensemble de modifications au titre simplement de concordance. Un certain nombre d'autres dispositions auraient pu être amendées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, c'est certain. Est-ce qu'on aurait réglé pour autant le problème? Je ne le pense pas. Je pense que, devant cette commission parlementaire, il y aurait autant de questions qui se poseraient, il y aurait autant d'objections et de difficultés. Car si on a choisi d'amender deux dispositions simplement et de s'en remettre au règlement, au fond, le problème n'est pas là.

Je pense pouvoir vous démontrer qu'à mon avis il n'y a pas véritablement de difficultés juridiques. Le problème naît du fait que le pharmacien a un statut hybride, c'est-à-dire que le Conseil des médecins et dentistes est un endroit où ont toujours siégé des médecins et dentistes qui ne font pas partie du personnel de l'établissement. Pour des raisons que l'on juge valables pour le bien-être des patients, on vient introduire ici des salariés qui sont les pharmaciens. Par définition, cela pose un certain nombre de problèmes. M. le ministre mentionnait tantôt cette question de la réintégration après quatre ans dans le personnel, advenant que le chef du département cesse d'exercer ses fonctions de chef de département, évidemment, ce problème ne se pose pas dans le cas d'un médecin ou d'un dentiste. C'est un problème très particulier auquel il faut apporter une solution dans le cas des pharmaciens. Mais dès le moment où on a décidé que le pharmacien salarié ou, disons-le autrement, dès le moment où on a décidé qu'un salarié, qui en l'occurrence est un pharmacien, doit faire partie du Conseil des médecins et dentistes, ma foi, on crée l'ambiguïté. Elle est en soi un peu

redoutable, c'est-à-dire pour autant que puisse être redoutable, lorsqu'on la confie à des avocats une ambiguïté dans un texte de loi. Dès ce moment-là, l'ambiguïté existe. Eût-on voulu apporter toutes les modifications de concordance au texte de loi la difficulté subsisterait parce qu'on vient de créer un être juridique nouveau. Ma foi, il y a de quoi s'amuser avec cela. C'est là qu'est le problème de fond ici. Cela dit, on peut poser la question autrement. Mais si tout est, au départ, qu'on admet que le législateur a vraiment voulu que ce salarié, qui est un pharmacien, soit membre du Conseil des médecins et dentistes, ma foi, il l'a voulu. C'est un salarié et cela il faut l'accepter d'emblée.

On peut regarder les textes de loi et se demander si effectivement le gouvernement est autorisé de par la loi, en particulier par l'article 173, à adopter le règlement qu'on a ici. À mon avis, il l'est et cela ne pose aucune difficulté. Si vous vous référez à l'article 173i notamment, on y prévoit que le gouvernement peut "déterminer, selon la catégorie d'établissement qu'il indique, les directions, services et départements que le plan d'organisation doit prévoir". Si vous vous référez aux articles 69 et 70, vous voyez qu'à l'article 69 on parle de création de départements et, à l'article, 70 de création de départements cliniques. Donc, à l'article 69, on prévoit que le gouvernement peut prévoir la création de départements. À l'article 173i on prévoit que le gouvernement peut "déterminer, selon la catégorie d'établissement, les départements que le plan d'organisation d'un établissement doit prévoir".

Que fait-on, au fond, dans le règlement ici? Si vous allez, par exemple, à l'article 74, on dit: Le plan d'organisation d'un centre hospitalier de soins de courte durée doit prévoir la formation d'un département de pharmacie. C'est une application intégrale de cette disposition. On ajoute - je lis toujours l'article 173i - "les fonctions que le chef de ces directions, services et départements doit remplir". Regardez le reste, on dit: Le département est dirigé par un pharmacien titulaire d'un diplôme, il est nommé pour tant de temps. On donne ses fonctions; il: 1. Coordonne. 2. Établit. 3. Informe, etc. C'est essentiellement une application de cette disposition.

(21 h 15)

Si vous prenez l'article 173j 1, on nous dit qu'on peut "déterminer les comités que le conseil des médecins et dentistes d'un centre hospitalier doit constituer, leurs fonctions s'il y a lieu et leur composition". Essentiellement, il s'agit là d'une disposition qui habilite, une disposition habilitante par rapport... une disposition qui permet au gouvernement de créer ou de prévoir qu'il

existera un certain nombre de comités qui relèveront du conseil des médecins et dentistes. C'est ce qu'on retrouve à l'article 94 et suivants. Le comité d'examen des titres, le comité d'évaluation médicale. En toutes lettres, dans le texte de loi on dit qu'il peut déterminer les comités que le Conseil des médecins et dentistes d'un centre hospitalier doit constituer, leurs fonctions et, s'il y a lieu, leur composition. Il dit que les pharmaciens seront dedans. Quant à moi, cela ne pose aucune difficulté. Cela dit, je vous avoue que je renonce immédiatement à convaincre tous mes confrères.

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. Brodeur. J'allais seulement vous faire une taquinerie. Vous savez que je ne suis pas juriste, mais j'ai suivi votre démonstration qui semblait...

Une voix: Être probante.

Mme Lavoie-Roux: Oui, être probante, c'est le cas de le dire. Sauf que vous avez sauté par dessus "j". Mais enfin vous pouvez revenir là-dessus.

Voici l'autre question que je voulais vous poser, M. Leblanc, cet après-midi. Non, pas cet après-midi, c'était en début d'après-midi, je pense. Excusez-moi. La Corporation professionnelle des médecins soulevait des inquiétudes au sujet des deux articles 76 et 85 qui permettent aux pharmaciens d'élaborer les normes d'utilisation des médicaments. Les représentants développaient une argumentation voulant que cette disposition pourrait conduire à l'établissement d'un index thérapeutique des malades; ensuite, comme il appartient au chef clinique d'élaborer les règles de soin et que dans telle règle il est plus que probable de trouver des éléments relatifs à l'utilisation de la médication, les dispositions des articles 76 et 85 feraient double emploi. Je sais que vous étiez ici ce matin, je pense, ou à ce moment. Est-ce que vous avez une réponse à cela?

M. Leblanc (Roger): Voici mon commentaire, Mme Lavoie-Roux. La crainte des médecins ne semble pas justifiée. Si vous faites la lecture de l'article: "Sous l'autorité du Conseil des médecins et dentistes." Je pense qu'il ne fait qu'élaborer les normes d'utilisation sous l'autorité du Conseil des médecins et dentistes. Quant à nous, je pense que la crainte n'est pas justifiée à cause de cette inscription.

Mme Lavoie-Roux: Il y aurait une question d'ordre peut-être un peu plus éloigné du mémoire. C'est votre fonctionnement dans les centres d'accueil. À ce moment, vous seriez intégrés dans les centres d'accueil ou vous voudriez votre fonctionnement à l'intérieur des centres d'accueil dans le cadre du bureau médical ou

du service médical?

M. Leblanc (Roger): Oui, effectivement.

Mme Lavoie-Roux: Dans quelle proportion travaillez-vous dans les centres d'accueil? Rendez-vous des services professionnels dans les centres d'accueil?

M. Leblanc (Roger): Actuellement plus de 90% des centres d'accueil ont un service pharmaceutique qui peut prendre la forme d'un contrat de services individuel ou avec un établissement, d'une façon générale.

M. Johnson (Anjou): Quand vous dites individuel, vous voulez dire aussi avec les pharmaciens privés.

M. Leblanc (Roger): Oui, individuellement.

M. Johnson (Anjou): C'est cela. D'accord.

M. Leblanc (Roger): Les pharmaciens oeuvrent avec une norme de 0,05 heure-semaine par patient, ce qui est la norme qui a été établie à la fin de 1977 par une directive du ministère des Affaires sociales. Les pharmaciens sont payés par vacation d'une façon générale. Et nous voudrions que la norme - parce que vous m'ouvrez la porte - soit légèrement augmentée éventuellement en fonction des besoins futurs.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que c'est une norme qui a évolué avec les années ou si...

M. Leblanc (Roger): C'est la même norme depuis décembre 1977, madame.

Mme Lavoie-Roux: Depuis 1977. Cela peut être légitime, M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): À long terme, ils savent qu'ils vont avoir plus de travail dans les centres d'accueil.

Mme Lavoie-Roux: Ma dernière question s'adresse au ministre. Le fait que ce soient des pharmaciens privés qui, dans certains centres d'accueil, rendent les services ou ont des contrats, est-ce que ceci rendrait plus difficile leur intégration à l'intérieur du service médical?

M. Johnson (Anjou): Dans la mesure où l'on parle des centres d'accueil, je pense qu'effectivement cela poserait... Encore une fois, on ne chevauche pas seulement sur les ambiguïtés juridiques et les ambiguïtés de salariés ou cadres, mais on chevauche sur le fait que le pharmacien comme le médecin peut du jour au lendemain décider qu'il quitte un hôpital et pratiquer son métier

comme "entrepreneur libre". Cela ne lui enlève pas ses qualités et ses qualifications pour autant. Le type de pratique en établissement - les pharmaciens qui sont ici n'en disconviendraient pas - est quand même différent du type en pratique privée où finalement, la relation avec les professionnels de la santé prescripteurs, est une relation très concrète alors que la relation, souvent, entre le pharmacien privé et les prescripteurs est quasi inexistante, notamment dans les grands centres urbains. Cela pourrait poser des difficultés d'intégrer, encore une fois, à ce stade-ci, dans une structure réglementaire un peu comme les infirmières, mais de façon encore plus claire dans le cas des pharmaciens, de normer ce type d'intégration professionnelle aux centres d'accueil, encore une fois parce qu'on a besoin des pharmaciens privés qui ne sont pas loin des centres d'accueil où on n'a pas de pharmaciens salariés ou cadres. Je ne suis pas sûr que cela puisse être exactement les mêmes critères qui s'appliquent sur le plan de l'intégration. C'est une zone fort complexe et fort délicate.

Il n'en reste pas moins que je dois vous dire que j'ai été impressionné de façon générale par les documents qui m'ont été envoyés à différentes reprises par les pharmaciens d'établissements sur des choses qu'ils avaient à faire en centres d'accueil pour simplifier les choses, pour rationaliser l'utilisation des médicaments, rationaliser au sens du s'assurer qu'il y a le meilleur suivi possible.

J'ai eu, à l'occasion, ce type de commentaires qui venaient de pharmaciens privés. Je pense que les pharmaciens d'établissements sont plus prêts mentalement, psychologiquement et professionnellement à s'occuper de ce type de problèmes, alors que pour le pharmacien privé, c'est une activité parmi beaucoup d'autres. Pour le pharmacien privé, cela ne représente rarement un temps d'activité très important que de s'occuper d'un centre d'accueil, à moins qu'il y en ait sept ou huit à s'occuper dans une région.

Mme Lavoie-Roux: Si vous n'avez pas d'autres commentaires, je voudrais simplement vous assurer que sur la préoccupation de voir les pharmaciens jouer le rôle social dans un sens large, d'éducation, c'est un point sur lequel l'Opposition et le gouvernement sont d'accord. Dans la mesure où ceci peut être facilité, je pense que vous pouvez compter sur notre collaboration, une fois enlevés toutes les embûches et tous les pièges qui ont été mentionnés par plusieurs groupes, au sujet de l'intégration plus satisfaisante des pharmaciens aux centres hospitaliers. Je pense qu'il faut essayer par tous les moyens de la réaliser. Je vous remercie.

M. Leblanc (Roger): Si vous me le permettez, M. le Président, mon collègue Robert Létourneau aurait un mot à ajouter.

M. Létourneau (Robert): Concernant la norme de 1977 dans les centres d'accueil, Mme Lavoie-Roux, cette norme de 5 heures pour 100 patients par semaine était fondée sur une activité de distribution de médicaments. Dans l'évolution du rôle du pharmacien, apparaissent maintenant des diversifications des activités comme l'information pharmaceutique, les rencontres avec les patients. Il y a ceux qui entrent dans un centre d'accueil et qui, depuis 20 ans ou 30 ans, prennent une médication qui peut leur être préjudiciable et qui souvent le devient par effet d'accumulation ou de toxicité. Il est bon que le médecin cesse une médication mais il faut aussi convaincre le patient que c'est dans son intérêt. De plus en plus, les pharmaciens dans les centres d'accueil doivent faire en sorte que le patient soit heureux, consentant à ce qu'on fasse des modifications de médication qui sont souvent des modifications à la baisse étant donné aussi les éléments physiologiques qui entrent en ligne de compte comme les déficiences rénales ainsi que celles au niveau du foie; il faut diminuer les doses lorsque la personne atteint 80 ou 90 ans. Toutes ces choses prennent du temps, l'information au patient, le fait de préparer des profils de consommation pour les médecins qui permettent au niveau des conseils de médecins de leur dire: Il y a un certain pourcentage de patients qui prennent des hypnotiques, par exemple. Le simple fait de donner des statistiques comme cela aux médecins influence la pratique. Toutes ces choses demandent du temps au niveau de la préparation et c'est ce qui fait qu'éventuellement cette norme pourra être remise en question.

Mme Lavoie-Roux: Merci beaucoup.

Le Président (M. Desbiens): Il n'y a pas d'autre intervention. Au nom des membres de la commission, je remercie l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec de sa participation. La commission va suspendre ses travaux pour cinq minutes. Entre-temps, je demande à la Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec de s'approcher, s'il vous plaît.

(Suspension de la séance à 21 h 28)

(Reprise de la séance à 21 h 46)

Le Président (M. Desbiens): À l'ordre, s'il vous plaît! La commission des affaires sociales reprend ses travaux et entendra

maintenant la Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec. M. Daniel Fortin, président, bonsoir. Voulez-vous nous présenter, s'il vous plaît, les personnes qui vous accompagnent?

Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec

M. Fortin (Daniel): M. le Président, je suis accompagné ce soir de deux de mes collègues. À ma droite, Mme Nicole Dion, présidente du comité qui a analysé les règlements de la loi 27 et, à ma gauche, M. Robert Savard, qui est directeur général de notre fédération.

Je prendrai quelques minutes, si vous me le permettez, pour rappeler très brièvement les quelques points majeurs qui nous paraissent soulever des interrogations pour nos membres et, par la suite, nous serons disponibles pour répondre à l'ensemble des questions et des commentaires que les membres de votre commission pourraient exprimer.

M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs les membres de la commission, je suis heureux, à titre de président de la Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec, de venir vous présenter ce soir le point de vue de nos membres concernant un projet de règlement qui touche l'administration et l'organisation des établissements.

La fédération représente l'ensemble des cadres supérieurs qui oeuvrent à la fois dans les CLSC, les centres d'accueil, les centres de services sociaux, les centres hospitaliers et les conseils régionaux, en résumé les cadres supérieurs de l'ensemble du réseau.

La fédération, comme son nom l'indique, regroupe dix associations de cadres dont les fonctions et la formation sont très diversifiées. On n'a qu'à penser, par exemple, à la direction des soins infirmiers, à celle des services professionnels, à celle des services hospitaliers dans nos hôpitaux, à la direction des services professionnels et de réadaptation dans les centres d'accueil et à celle des soins d'aide et d'assistance que nous avons notée tout à l'heure. On retrouve aussi dans notre fédération les cadres qui assument la responsabilité des finances, du personnel, des services auxiliaires dans plusieurs catégories d'établissements.

Notre fédération, à l'image du réseau, regroupe un ensemble de ressources diversifiées que nous représentons auprès du gouvernement et des établissements. Vous ne serez donc pas surpris que nous présentions une vision de type "management".

Compte tenu que vous avez pu prendre connaissance de notre mémoire, je me permettrai d'en relever les éléments majeurs

avant de répondre, avec mes collègues, à vos questions.

Tout d'abord, le médecin et la gestion hospitalière. La Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec est sensible aux arguments du ministre des Affaires sociales relativement à l'implication des professionnels cliniques que sont les médecins dans la gestion des établissements, en particulier des centres hospitaliers.

Les deux principaux moyens que retient le projet de règlement sont la création obligatoire d'un comité consultatif à la direction générale et le transfert obligatoire de la gestion de l'ensemble des ressources des départements cliniques de radiologie et des laboratoires aux chefs cliniques de ces départements.

Tout en comprenant les avantages qu'y voit le ministre des Affaires sociales, nous croyons que la portée positive de ces mesures sera grandement atténuée par le caractère obligatoire et universel que l'on a voulu leur donner. D'une part, cela nous apparaît ne pas tenir compte de la réalité très variée des établissements, de la capacité et de l'intérêt de ces nouveaux cliniciens gestionnaires. D'autre part, cela nous semble heurter de front la volonté maintes fois exprimée par le ministre de responsabiliser les administrations locales en décentralisant les mandats d'opération. On devrait garantir, selon nous, la primauté du plan d'organisation approuvé par les instances supérieures.

Enfin, nous croyons que les articles 69 et 70 en particulier pourraient être mis en doute sur le plan de la légitimité puisque le pouvoir exécutif vient définir une partie du plan d'organisation dont l'adoption a été confiée par la loi au conseil d'administration des établissements. Le règlement devrait, selon nous, rendre possibles et encourager ces mesures sans les imposer.

Revenons maintenant aux éléments de fond de ces deux moyens. Tout d'abord, le comité consultatif à la direction générale. Il s'agit, selon nous, d'un moyen élégant de résoudre une partie des problèmes associés à l'aspect tridimensionnel de la structure hospitalière avant l'instance suprême que représente le conseil d'administration. Outre l'aspect surprenant que représente le fait que certains membres du comité ne sont pas désignés par celui qui est conseillé, soit le directeur général, mais bien par le conseil d'administration, nous notons une "dysfonctionnalité" importante en termes de gestion et de responsabilité. On se retrouvera très vraisemblablement avec la situation où le directeur des services professionnels en particulier siégera à un comité dit consultatif à la même table que ces nouveaux gestionnaires que sont ou seront les chefs de départements cliniques qui agiront sous son autorité. Dans la vraie vie, on peut

s'attendre à des situations organisationnelles non fonctionnelles et créatrices de tensions. En gestion, on rappelle souvent que l'autorité se délègue, mais non la responsabilité. Nous croyons que ce principe est aussi de mise en gestion hospitalière ou en gestion médicale.

Abordons maintenant la question des chefs de départements cliniques de radiologie et des laboratoires et leur responsabilité de gestion. Comme nous l'avons souligné antérieurement, la validité des sections I, III, V et VI est douteuse puisque le règlement récupère en partie la responsabilité qu'a le conseil d'administration en vertu de la loi de préparer un plan d'organisation. De façon plus particulière, pour les articles 69 et 70, nous croyons que, si on maintient les fonctions de gestion rattachées à des chefs cliniciens, il nous apparaît indispensable qu'on exige qu'ils se consacrent exclusivement à la gestion.

Dans un autre ordre d'idées, la fédération appuie sans réserve l'existence de dispositions réglementaires relatives au conflit d'intérêts. Nous considérons que l'obligation de dénoncer son intérêt doit peser sur tous les intervenants du réseau, y compris les membres du conseil d'administration et les professionnels rémunérés à l'acte. De plus, selon nous, il faudra prévoir un mécanisme pour déterminer si l'intérêt que l'on a dénoncé est effectivement conflictuel.

En terminant, nous voulons rappeler que la fédération, par son membership et dans son orientation propre, s'inscrit essentiellement dans une approche réseau, approche qui vise à mieux utiliser des ressources diverses pour la satisfaction des besoins des citoyens. Ce qui est, de fait, notre but commun.

Compte tenu de l'heure tardive, je ne rappellerai pas les autres éléments de notre mémoire afin de permettre aux membres de la commission de poser les questions et de présenter les commentaires qu'ils désirent concernant notre mémoire. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): Merci, M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Merci, M. le Président. Je vous remercie, d'une part, du mémoire considérable, étayé de propositions alternatives que vous nous avez fourni et, d'autre part, d'avoir accepté de nous faire un exposé qui cerne bien, fondamentalement, le débat sur le plan de certains enjeux, ce qui est utile pour les membres de la commission.

D'emblée, avant de passer à un ou deux commentaires spécifiques, je vous dirai que l'un des objectifs importants de la loi 27, c'était - cela le reste et ce règlement le concrétise - de mieux intégrer l'activité

médicale à l'hôpital. Tout ce qui en découle provient de l'esprit et de la volonté de celui qui vous parle, dans les décisions qu'il a à prendre, et du législateur qui en a décidé ainsi. Il ne faut pas s'étonner qu'à l'occasion, devant une mesure réglementaire pour laquelle nous avons, en règle générale et particulièrement à l'égard d'un point que vous évoquez, des assises, notamment à l'article 173 de la loi, cet objectif soit en train de se traduire.

Vous insistez sur la notion du médecin gestionnaire. Cela se pourrait et cela risque de devenir vrai à certains endroits avec le temps. Je pense que c'est souhaitable pour le système hospitalier, que c'est souhaitable pour les médecins et pour l'ensemble des boîtes administratives. Cependant, je voudrais bien clarifier que notre objectif n'est absolument pas de conscrire les médecins et de prétendre les transformer en gestionnaires du jour au lendemain. Les objectifs sont spécifiques dans le cas de deux départements. La notion de plan d'organisation veut pouvoir refléter cette habilité des établissements à prendre localement des décisions en fonction des ressources humaines disponibles existantes ayant manifesté un intérêt et, à moins qu'on ne s'en prenne au principe de la loi 27, je ne pense pas qu'il y ait lieu de remettre en cause cette orientation au niveau du règlement.

Dans votre document, je m'étonne un peu du fait que vous considérez que cela pourrait être "dysfonctionnel" de voir le DSP s'asseoir avec ses collègues chefs de départements cliniques. Je présume que, dans un hôpital, le DSH, de temps en temps, doit s'asseoir avec le directeur général. Je comprends que vous avez une formation de gestionnaires par définition. Mais dans la mesure où il s'agit d'un comité consultatif et que ce comité consultatif travaillera essentiellement à des objets d'orientation - je pense que ce sera cela surtout, même si la moyenne statistique va faire qu'il y aura des endroits où cela marchera mal - cela m'apparaît normal, un DG qui s'assoit avec ses cadres ou un DSP qui s'assoit avec ses collègues chefs de départements en présence de cadres et en présence du directeur général. Cela m'apparaît une chose extrêmement saine et non pas, a priori, "dysfonctionnelle", à moins qu'on n'ait une conception un peu trop rigide de ce qu'est l'administration. Je voudrais vous entendre, je suis sûr que vous avez des commentaires à formuler.

M. Fortin: Disons que la "dysfonctionnalité", M. le ministre... Je pense que vous avez parfaitement raison lorsque vous dites qu'il est normal pour tout individu qui coordonne d'autres gens ou qui en dirige de s'asseoir avec eux pour en arriver à des

conclusions communes. Lorsque vous dites que le comité consultatif est responsable principalement des orientations - j'appellerais cela "stratégiques" jusqu'à un certain point, en deçà du conseil il va sans dire - je suis d'accord avec vous sur le point que le DG s'assoit avec ses cadres, c'est raisonnable. Où c'est "dysfonctionnel" - je pense qu'on va se comprendre rapidement - c'est que notre compréhension de la loi et du projet de règlement est - on vous l'a dit dans le mémoire - qu'on implique les médecins, sauf qu'à l'instant où on demande à un professionnel clinique d'assumer une fonction de gestion dans un département particulier - prenons un exemple concret, la radiologie - cet individu, sur le plan clinique, sur certaines parties de l'évaluation médicale, relève du conseil des médecins et dentistes, mais il est clair - c'est l'article relié à la fonction du directeur des services professionnels - que cet individu, dans sa fonction de gestion des ressources humaines, financières et physiques de son département de radiologie, relève du directeur des services professionnels.

Ce qui est "dysfonctionnel" - ce n'est pas propre à un hôpital, ce serait aussi "dysfonctionnel" dans une usine, dans un CLSC ou dans une organisation de tout type - c'est de réunir à la même table pour des enjeux qu'on dit consultatifs... Mais vous savez vous comme moi, dans la vraie vie, que, lorsque le comité consultatif aura pris une orientation avec la composition qu'il a, cela prendra de bons moyens pour faire changer cette orientation. Donc, dans ce fameux comité dit consultatif, on va retrouver trois niveaux et même quatre niveaux d'individus, on va retrouver la direction ou l'officier exécutif de l'entreprise qui est le directeur général; on va retrouver nécessairement des cadres supérieurs - vous l'avez à plusieurs reprises, tant à l'ordre des infirmières qu'à la corporation des médecins pour l'aspect de la directrice des soins et du directeur des services professionnels - on va retrouver des personnes un peu plus politiques, soit le président du conseil des médecins et dentistes, et on va retrouver des cadres qui relèvent du directeur des services professionnels et qui vont venir se "compromettre" à la même table que leurs supérieurs hiérarchiques dans la fonction de gestion.

(22 heures)

On ne fera pas un grand débat - là, on parle de choses à venir - je ne parlerai pas des questions théoriques ou utopiques, comme certains en ont parlé ce matin. Je pense - c'est la position de notre fédération - que l'on devrait se poser des questions sur le fait qu'il y a trois niveaux d'encadrement à la même table et que le directeur des services professionnels éventuellement pourrait avoir des difficultés effectives dans la gestion de

ses ressources. Est-ce qu'on se comprend bien?

M. Johnson (Anjou): Je ne vous demanderai pas la provenance de vos établissements, même si je sais d'où vient Mme Dion. Dans beaucoup de centres et, j'ai l'impression, dans la majorité des centres, il existe un lieu de réflexion, d'échanges, d'où souvent sortent des orientations, de la planification ou des principes de planification, des choix stratégiques, comme vous disiez, parce que c'est le mot populaire de ce temps-ci dans les réseaux; c'est le "strategic planning", je sais cela. Cela existe de fait, j'ai l'impression, dans l'immense majorité des établissements. Je connais une couple de places où cela n'existe pas et c'est épouvantable. Cela n'a pas de sens que cela n'existe pas. Mais, dans l'immense majorité des établissements, cela existe. Les formes sont variées, le caractère de ces comités est beaucoup plus informel que celui qui serait ici dans une réglementation, c'est évident.

Je ne vois pas comment - dans la mesure où on dit que ce comité a un rôle consultatif, tout en étant sensible à certains de vos arguments - cela peut être évité. Je me dis: Là où cela existe, cela existe avec les mêmes "dysfonctions". C'est pour cela que je reviens à la notion de la loi 27. Le vrai choix, c'est de dire: Il faut que les médecins soient présents dans les grandes orientations de l'hôpital pour faire prévaloir un point de vue qui est souvent fondamental et pas seulement pour donner raison à Jacques Bouchard parce qu'il faut se parler, mais aussi pour participer probablement à des orientations qui impliquent, non pas seulement à cause des ressources limitées, etc. - tout un discours qu'on entend depuis bien longtemps; ces choses pourraient changer s'il y a une reprise économique plus importante mais pour partager l'univers des contraintes de ce qu'est un système hospitalier; quand je dis partager l'univers, cela veut dire justement pas juste avoir à le subir.

Je suis à peu près convaincu qu'en ce moment une bonne partie des médecins subit essentiellement l'univers des contraintes administratives, de la même façon que des administrateurs, des gestionnaires me diraient qu'ils subissent toute la dimension de la pression créée par le fait que c'est le médecin, à toutes fins utiles, qui est le prescripteur, qui est celui qui tire sur les ressources plus ou moins par définition, à moins que le directeur des finances ne veuille aller dans la salle d'opération. Vous me direz: Très bien, qu'il reste dans la salle d'opération et qu'il ne vienne pas dans mon bureau de la direction des finances. Je pense qu'un hôpital, cela reste fondamentalement une dynamique. Je pense que, dans cette

dynamique, on est arrivé à un point où, au Québec, il faut qu'il y ait ce partage parce qu'on a développé notamment chez beaucoup de médecins, peut-être pas tant de MBA que cela, mais cela viendra peut-être, et qu'on a partagé, je pense, une forme de "collectivisation" de la relation et des contraintes sans jamais explicitement reconnaître le rôle et l'apport extrêmement importants que cela peut avoir dans un échange. En d'autres termes, je reviens à l'essentiel de la loi 27.

Il faut cesser de mettre les médecins dans une position où ils ne font que subir les contraintes; il faut qu'ils puissent les partager et, ma foi, participer de façon assez fondamentale à certaines des choses. À notre avis, ce comité consultatif n'en fait pas des gestionnaires proprement dits. Cela viendra dans les départements et en fonction des expériences locales, de la disponibilité des gens, de leur intérêt, de la dynamique, parfois des rapports de forces sur le plan local. Cela joue même chez les cadres. Au niveau du comité consultatif, cela m'apparaît être un appareillage important et un instrument de gestion, mais un instrument partagé, une forme de concertation locale.

M. Fortin: M. le ministre, malheureusement, je pense qu'on s'est mal compris. Notre position n'indique pas qu'il ne faut pas impliquer les médecins. Je pense que c'est un point qui est très clair; on l'a écrit, on le dit et on n'y reviendra pas. Ce n'est pas d'aujourd'hui que c'est clair; c'était clair il y a cinq ans et c'était clair il y a dix ans. Le médecin, à la fois comme prescripteur d'examen diagnostiques et définisseur, jusqu'à un certain point, de la maladie et du type d'intervention qu'il faut faire pour résoudre le problème; c'est un des éléments essentiels, sinon l'élément essentiel de la vie hospitalière, c'est clair, après le malade, il va sans dire. Je pense que vous l'aviez déjà compris.

Je reviens au comité consultatif et on verra qu'il y a d'autres moyens également d'impliquer les médecins. Ce n'est ni le fait de créer un comité consultatif qui est le problème; ce n'est ni d'impliquer des médecins dans le comité consultatif, parce qu'on pense qu'un comité consultatif responsable d'orientations stratégiques dans un hôpital sans médecin, cela ne se comprendrait pas, mais c'est d'impliquer des médecins qui deviennent des gestionnaires qui, eux-mêmes, ont une fonction d'encadrement sous la responsabilité d'un autre cadre qui est lui-même médecin, mais à un autre niveau, ce dernier sous la responsabilité d'un autre cadre qui est un directeur général avec des implications politiques. C'est là que cela devient des implications "dysfonctionnelles". Par exemple si, au comité consultatif, au directeur

général, vous dites: Nous impliquons là, j'appelle cela des "politiques"... Des chefs de départements cliniques non gestionnaires, c'est-à-dire des gens, comme on en a toujours eus dans les hôpitaux, qui ont assumé des fonctions responsables auprès de leurs partenaires médecins dans un département, à mon avis, ce ne sont pas a priori des gestionnaires. Ce sont des gens qui assument une fonction d'organisation de services chez eux, mais ils ne gèrent pas les ressources comme telles. Ils ne sont pas "dysfonctionnels" par rapport au directeur des services professionnels lorsqu'ils arrivent à une table où on parle d'orientation, puisque cela les concerne.

Ce que l'on relève, M. le ministre, c'est tout cela, c'est juste cela et ce n'est rien d'autre que cela; c'est cet aspect. Lorsqu'on implique, à cette table, des chefs de départements cliniques gestionnaires - parce qu'on vient de leur donner une qualité particulière additionnelle - avec d'autres niveaux de cadres qui, eux-mêmes, sont aussi responsables de ces mêmes services en termes de gestion, là on peut se poser des questions.

Cela dit, M. le ministre, vous avez soulevé un point important. Vous avez dit que c'est un choix. Indirectement, je pense que c'est clair. La loi 27 l'oriente très clairement. Le projet de règlement l'oriente très clairement. Notre objectif n'est pas de vous convaincre qu'il ne faut pas impliquer les docteurs; au contraire. C'est de vous dire, d'abord, le choix de vouloir rendre ces comités obligatoires et universels dans tous les établissements hospitaliers et de laisser la porte ouverte pour que des cadres, parce que ces médecins gestionnaires vont être des cadres; ils vont gérer d'autres ressources... Alors, on va avoir une réalité d'encadrement chez ces gens-là. Ces cadres-là peuvent créer des "dysfonctions".

Cela dit, je ne suis pas sûr qu'il soit opportun d'aller plus loin dans la discussion. Quant à nous, le fait d'avoir trois niveaux d'encadrement à la même table, des gens qui ont une fonction de gestion, c'est discutable. Le fait d'avoir un directeur général, des cadres supérieurs et des médecins "politiques", à mon avis, ce n'est pas discutable. Est-ce qu'on voit une nuance entre les deux?

M. Johnson (Anjou): Très bien. Sur la dénonciation d'intérêts, je suis attiré par la formulation que vous utilisez: Nous considérons que l'obligation de dénoncer son intérêt doit peser sur tout le monde; c'est normal, la transparence, etc., y compris les membres du conseil d'administration et les professionnels rémunérés à l'acte.

M. Fortin: Je vais demander à M. Savard de répondre à vos questions à ce

sujet.

M. Savard (Robert): Pendant que le président parlait, M. le ministre, je n'ai pas compris votre question.

M. Johnson (Anjou): Je vous en prie. J'aimerais avoir votre commentaire sur le très court paragraphe dans la déclaration de votre président sur la notion de dénonciation des conflits d'intérêts.

M. Savard: L'objectif des observations que nous faisons dans notre mémoire est assez simple. Nous constatons qu'actuellement, dans la loi, aux articles 31 à 95, il y a une prohibition des conflits d'intérêts. Nous pensons que l'article 16 du projet de règlement demande que, dans certains cas, les intérêts soient identifiés, soient dénoncés. Alors, tout ce que nous proposons, c'est simplement que, d'une part, tous ceux qui ont des intérêts, à quelque titre qu'ils soient, dans les établissements, dénoncent ces intérêts auprès d'un mécanisme ou d'une instance à déterminer, que cette instance détermine si ces intérêts dénoncés sont conflictuels avec les intérêts de l'établissement et que, par la suite, les conséquences qui s'ensuivent soient déterminées, à savoir la suppression du conflit d'intérêts ou la coexistence avec l'intérêt dénoncé.

M. Johnson (Anjou): Dans le cas du conseil d'administration, cela existe déjà dans la loi à l'article 95 où les membres du conseil d'administration sont tenus de dénoncer leurs intérêts. Non seulement doivent-ils dénoncer leurs intérêts, mais il y a une prohibition spécifique dans la loi.

L'article 16 dit: Une personne qui exerce une occupation dans un établissement public ou un conseil régional et qui joue un rôle déterminant dans l'attribution des contrats de services, de travail ou d'approvisionnement doit dénoncer son intérêt au conseil d'administration. Cela inclut les médecins.

M. Savard: Si vous me permettez, M. le ministre...

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais l'article 95 dit: Ne peut, sous peine de déchéance.

M. Johnson (Anjou): Oui, dans le cas des membres du conseil d'administration.

Mme Lavoie-Roux: C'est plus strict à l'article 95.

M. Johnson (Anjou): Oui, la loi a toujours été plus stricte pour le conseil d'administration. Je prends note de ce que vous dites. Cependant, le problème qu'on a

dans ces choses-là, c'est toujours la même chose. Le Québec, ce sont des régions essentiellement. Dès qu'on sort de Montréal, Québec, Sherbrooke et Trois-Rivières, en région, la quantité d'hôpitaux, la quantité de personnes impliquées et le fait qu'on ait un bagage génétique essentiellement de 60 000 habitants à l'origine de la colonie font que la notion de conflit d'intérêts poussée à l'extrême... Dans un peuple où il y a 250 000 000 d'habitants, c'est clair dans une ville comme Chicago ou ailleurs, mais, quand on arrive à Douville ou à Alma, la notion de conflit d'intérêts, ne serait-ce qu'à cause des liens de parenté qui existent... Allez dans le Saguenay-Lac-Saint-Jean, il y a une quantité de gens qui s'appellent Tremblay et qui sont tous issus du même. Il y en a qui ne se connaissent pas entre eux et il y en a qui se connaissent. C'est toujours très complexe. Il faut s'assurer qu'il y a une règle qui affirme la nécessité de la transparence de l'éthique et de la probité.

Par ailleurs, la traduction juridique de cela fait qu'on peut arriver dans des situations complètement absurdes. Un centre d'accueil quelque part sur la Côte-Nord a un contrat de services avec la seule boulangerie de la place; autrement, tu fais venir cela par avion. Tu as des problèmes aussi concrets que cela. C'est pour cela que nos formules prévoient en général la dénonciation de l'intérêt et non pas l'interdiction absolue. Il faut voir comment le Québec est fait. Sur la Côte-Nord et en Abitibi, il y a des places où tes fournisseurs, ce sont les seules personnes qu'il y a dans le village et cela risque d'être le frère, l'épouse, le cousin, la belle-soeur, quand ce n'est pas la personne elle-même si elle siège au conseil d'administration. Déjà on est très restrictif pour les membres du conseil d'administration.

Encore une fois, je pense que l'objectif de ces dispositions, c'est de s'assurer que ces choses-là sont claires, sont sues, qu'elles se posent dans un contexte de probité où, lorsque les gens prennent des décisions, ils savent à quoi ils s'exposent s'ils font du "fligne-flagne". Un texte qui porterait des interdictions absolues pourrait risquer, dans certaines régions, carrément d'être paralysant en fonction de l'interprétation de ce qu'on fait, de ce que sont les liens dans une petite localité.

M. Fortin: M. le ministre, on s'est encore malheureusement mal compris. Notre intention n'est pas de prohiber...

M. Johnson (Anjou): Cela doit faire un petit bout de temps que j'ai lu votre mémoire.

M. Fortin: Notre intention, en termes concrets, c'est qu'on est sensible à cet élément-là comme vous. D'accord? Nous

disons que ce n'est pas pour prohiber des conflits d'intérêts dans le sens que, dans certains endroits, il faudra mettre des mécanismes parce qu'on ne peut pas fonctionner autrement, c'est très clair. Sauf que l'article 16, tel que rédigé pour l'instant, parle des personnes qui exercent une occupation. Notre seul propos, c'est de dire qu'une personne qui exerce une occupation, pour l'instant, peut porter la question par rapport aux gens. Prenons un exemple, parce qu'on parle des médecins gestionnaires: des professionnels de la santé qui ne seraient peut-être pas reconnus comme des gens qui exercent une occupation selon une définition restreinte, à ce moment-là, on leur demande, comme à ceux qui sont dûment salariés et exercent une occupation, de dénoncer eux aussi leurs intérêts. Point à la ligne. Ce n'est rien d'autre. C'est juste une clarification...

M. Johnson (Anjou): Ce que vous dites, c'est que cela devrait valoir pour les médecins comme pour tout le monde, au cas où la notion "exercer une occupation" ne couvre pas les médecins.

M. Fortin: Si eux-mêmes ont un intérêt, on leur demande de le dénoncer comme les cadres, pour dire quelque chose, doivent le dénoncer.
(22 h 15)

M. Johnson (Anjou): L'impression que j'ai, ou enfin l'avis qu'on me donnait là-dessus au moment où on a rédigé cela, c'est que "qui exerce une occupation", cela incluait tout le monde dans l'hôpital.

M. Savard: Si on se réfère à...

M. Johnson (Anjou): Maintenant, ce que vous dites, c'est que, peut-être juridiquement, cela pourrait poser un problème.

M. Savard: Si on se réfère à d'autres expressions de la loi, par exemple à l'article 24 où on utilise cette expression, on dit: "exercer une occupation ou une profession", si ma mémoire est bonne. C'est tout simplement parce que la loi utilisait déjà un autre... C'est l'alinéa sur le service exclusif. On dit: "...ne doivent pas occuper un emploi ou exercer une profession dans un établissement". Mais il est possible effectivement qu'exercer une occupation, cela couvre les deux.

M. Johnson (Anjou): C'est une fusion d'exercer une profession et d'occuper un emploi.

Une voix: Oui.

M. Johnson (Anjou): Enfin, je prends

note de ce que vous dites et on va le faire vérifier juridiquement.

M. Fortin: L'autre problème n'est pas celui de prohiber les conflits d'intérêts. On porte à votre attention le fait qu'il manque peut-être dans le règlement, pour l'instant, une articulation entre le fait qu'on va, lorsque le conflit d'intérêts... L'articulation est entre la dénonciation de l'intérêt et le mécanisme qui va permettre de dire que cet intérêt est conflictuel. D'après nous, il n'est pas prévu pour l'instant de mécanisme quelconque... Sans mettre 18 articles, ce n'est pas notre intention... Dénoncer un intérêt, c'est une chose et prohiber un intérêt conflictuel, c'en est une autre. Qui, quoi et comment on va déterminer que l'intérêt qui a été dénoncé est lui-même conflictuel?

M. Johnson (Anjou): Je vous répondrai en vertu des règles générales, à la fois du droit civil et de ce qu'est la gestion. Ultimement, il y a quelqu'un qui prend une décision. C'est le conseil d'administration ou c'est, je ne sais pas, le chef du service d'approvisionnement. Il y a quelqu'un qui prend des décisions. Je pense que le conseil d'administration, en fin de compte, est le responsable de cela, notamment dans le cas des contrats de services ou dans le cas des ententes de fournitures de travail, par exemple, par une personne. On a eu des exemples de cela qui ont fait les manchettes dans certains cas, on le sait. Je pense que le conseil d'administration est celui qui est l'arbitre ou le juge. Et je pense que, si ce n'est pas plus spécifié que cela, on peut tenir pour acquis que le conseil d'administration sait que, dans la mesure où un intérêt spécifique lui est dénoncé, il faut qu'il fasse quelque chose. Mais je comprends votre préoccupation.

Ecoutez, pour moi, cela va. Je vous remercie, messieurs, de la position articulée et claire que vous nous avez présentée, et de vos propos. Merci infiniment. Merci à madame aussi.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Je vous remercie pour votre mémoire. Je pense que je vais continuer où le ministre est rendu. Excusez-moi une minute.

À l'article 33, quand vous dites qu'on devrait ajouter "qu'un tel système doit tenir compte du choix du bénéficiaire..." ce qui, en fait, se réfère à l'article 6 de la loi qui est un des principes fondamentaux de la loi, pour ma part, je suis très sensible à cela. Mais, je me demande si cela ne va pas simplement ajouter à... On va encore ajouter quelque chose. En tenant compte des

ressources disponibles... C'est évident que, quand il y a seulement un centre d'accueil dans la région Y, c'est bien difficile d'offrir le choix au bénéficiaire d'aller à un autre centre d'accueil, ce qui le déplacerait en dehors de sa municipalité ou de son coin. Il me semble, en tout cas, que c'est la seule chose qui puisse être faite. Si vous avez d'autres suggestions...

Mme Dion (Nicole): Je peux peut-être vous fournir un exemple. C'est que, quelquefois, dans l'adresse du bénéficiaire qui nous est donnée dans ces circonstances, ce sont des adresses qui sont relativement récentes. Quand vous prenez une personne âgée qui a déménagé récemment chez un beau-frère ou une belle-soeur, que le système décide que, tout à coup, sa place d'habitation est Charlesbourg quand, en réalité, elle a passé 75 ans de sa vie du côté de Lévis et que le système dit: Non, non, tu appartiens à telle zone et tu n'iras pas à Lévis... C'est un peu cela qu'on voulait... On est conscient du système; on vit dedans, on est d'accord. Mais, on pensait aussi empêcher des choses dans ce sens-là...

Mme Lavoie-Roux: Vous avez tout à fait raison parce que l'exemple que vous donnez, je l'ai vu à plusieurs reprises - et, évidemment, mon expérience est limitée - des gens viennent au bureau de comté du député pour demander de faire déplacer leur grand-mère ou leur tante, ou leur...

Mme Dion: Par contre, on ne voudrait pas non plus - et on sait que les ressources sont quand même limitées - que le choix du bénéficiaire soit à un point tel qu'il puisse aussi bloquer des ressources pour ne plus jamais accepter, sous prétexte que cela fait... Excusez l'expression, mais l'hôtel n'est jamais à son goût ou...

Mme Lavoie-Roux: Je vous remercie. Il semble que le ministre en prenne note, comme il vous dirait.

Quant à l'article 39, on a eu un vigoureux échange hier sur ce sujet. Il dit que c'est au moins une période de 24 heures. Je crois que les gens peuvent se réfugier strictement derrière cette période de 24 heures. Il y aurait peut-être moyen d'allonger ce délai. Comme on disait, il a raison et je n'ai pas tort. Le "au moins" laisse entendre qu'ils peuvent prendre 72 heures s'ils le veulent. On le sait, quand les gens attendent un lit quelque part, des fois, c'est juste, 24 heures. Il faudrait peut-être au moins changer le nombre d'heures.

Je ne comprends pas votre recommandation à l'article 46: "Avant sa sortie d'un centre de réadaptation, un bénéficiaire doit recevoir son congé..." Je la comprends, mais c'est la justification que je

ne comprends pas. Vous dites que le congé du bénéficiaire devrait être signé, comme pour les CAH, par le directeur général ou son représentant sur la recommandation d'un membre du personnel clinique. Il faudrait peut-être demander au ministre pourquoi cela a été....

M. Johnson (Anjou): Quel article?

Mme Lavoie-Roux: L'article 46 dit: Congé d'un médecin.

M. Johnson (Anjou): Oui ou d'un membre du personnel clinique. Il y a toute la dimension d'un centre de réadaptation, les mésadaptés socio-affectifs, les psychoéducateurs, etc. Il y a plusieurs de ces centres d'accueil, les CAR, les centres d'accueil de réadaptation, où...

Mme Lavoie-Roux: Mais dans les autres... Vous dites directeur général. Ce qu'ils suggèrent, c'est le directeur général sur la recommandation d'un membre du personnel clinique qui pourrait être, comme vous le dites, le psychopédagogue.

Mme Dion: C'est vrai que cela s'applique dans les cas de centres d'accueil de réadaptation pour enfants où, en général, il faut admettre que des enfants ont besoin d'aide, d'assistance, mais ils ne sont pas nécessairement des malades. Ils ont des problèmes de comportement, mais ils ne sont pas nécessairement médicalisés.

M. Johnson (Anjou): Oui, c'est cela, mais des fois ils le sont.

Mme Dion: Oui.

M. Johnson (Anjou): D'accord.

Mme Lavoie-Roux: Alors, cela serait sur la recommandation du personnel clinique.

M. Johnson (Anjou): C'est cela. Voici ce que l'on dit: "Avant sa sortie d'un centre de réadaptation, un bénéficiaire doit recevoir son congé d'un médecin ou d'un membre du personnel clinique." D'un médecin, on peut présumer que c'est parce qu'il est à un endroit où il est "malade", ou du personnel clinique, cela s'applique très bien aux enfants. Ce que vous dites, c'est que, dans ce deuxième cas, au minimum, cela devrait être le DG plutôt que le professionnel.

Mme Dion: Pour faire référence à l'article 39 que vous avez déjà écrit.

Mme Lavoie-Roux: À la page 16 vous avez trois recommandations. À moins que vous ne vouliez développer votre argumentation, je me considère tout à fait

ignare au sujet de ces choses, à savoir s'il faut conserver les parties prélevées un certain temps. J'imagine que, dans la révision du règlement, on tiendra compte du problème.

Mme Dion: Voici ce qu'on voulait souligner. Particulièrement pour les blocs de paraffine dans les laboratoires, cela prend beaucoup d'espace et, en termes de temps, il y aurait peut-être lieu de suggérer une période de conservation. Dans ce sens, on s'est permis d'en faire. Par exemple, dans le même ordre d'idées, ce qui est plus important pour nous, c'est l'article 58 où on se demande pourquoi il faut garder des doubles de copies de rapports aussi longtemps. Dans les grands laboratoires, c'est relativement volumineux. Je veux que le ministre soit assuré qu'on n'a rien contre la recherche, contre l'enseignement, contre le soin et contre toutes ces différentes choses. Mais, mon Dieu, que la paperasse coûte cher et prend des pieds carrés! Des fois, comme gestionnaire, je me pose des questions, à savoir si on ne pourrait pas faire des choses plus intelligentes que d'accumuler du papier qui, si l'on veut qu'il soit vraiment accessible, coûte très cher comme moyen, et, s'il n'est pas accessible, je me demande à quoi il sert,

M. Johnson (Anjou): Mme Dion, vous avez des raisonnements absolument impossibles à surmonter. C'est quasi irrésistible, dirais-je. Idéalement, je pense à la radiologie entre autres. Je sais que les techniciens en radiologie nous ont fait savoir cela dans un mémoire. Dans le fond, garder les radiographies pendant dix ans, au prix des sels d'argent, d'une part, et, deuxièmement, la place que cela prend dans un hôpital - dans votre hôpital en particulier - c'est lourd à part cela et cela peut défoncer des planchers, me dit-on... Sauf qu'il y a la prescription du Code civil en matière de poursuite, etc. Au niveau de la prescription du Code civil, on peut difficilement y toucher. On nous répond souvent: Écoutez, le rapport est là. Les trois ans, c'est la prescription du Code civil pour les poursuites en responsabilité; au-delà de trois ans, il y a toujours les rapports. On va tenir compte de l'ensemble. Très peu de gens l'ont évoqué ici, bien que cette question soit contenue dans plusieurs mémoires. Je vous remercie de l'avoir soulignée à nouveau. On va regarder cela. Moi aussi, je trouverais cela plus intelligent qu'on sorte des films radiologiques et des dossiers de bien des places quand on sait qu'on ne les consulte pas.

Mme Dion: Je ne sais pas si, parmi vos nombreux fonctionnaires, il n'y en a pas un qui pourrait étudier cela particulièrement. Mais il y a des endroits...

M. Johnson (Anjou): Vous n'êtes pas en disponibilité, Mme Dion?

Mme Dion: Non, pas encore. M. le ministre, je donne cette idée, mais c'est sûr que... On pourrait garder les films qui ont une pathologie quelconque, qui sont peut-être plus utiles au niveau de la recherche et de l'enseignement et, pour ceux qui ne posent pas de problème, on pourrait les remettre aux clients. Ils en garderaient seulement un et ils seraient responsables de le rapporter comme le carnet de santé. Il me semble qu'il y aurait peut-être moyen de faire cela et on gagnerait de l'espace. Cela a peut-être l'air loufoque, mais... On pourrait en devenir responsable comme de sa carte d'assurance-maladie, son carnet. Le patient en aurait seulement deux ou trois. Si c'est important pour lui, il va les promener.

M. Johnson (Anjou): Mme Dion, je vais vous rassurer. Je ne trouve pas cela loufoque du tout; je trouve cela extrêmement intéressant, d'autant plus que je connais votre expérience en matière de nursing et je pense que vous en avez vu d'autres dans votre vie sur ces sujets. Je pense que vous parlez d'expérience. Il reste que, très concrètement, à l'égard du règlement, plusieurs mémoires et vos commentaires nous sensibilisent à ces questions d'hyperstockage de documents, de radiologies et de tout ce qu'on veut. On doit tenir compte d'autres choses, de la prescription, de la recherche, etc. Peut-être que ce qu'on propose, dans le fond, cela pourrait être amélioré considérablement. Il y a autre chose, vous ouvrez une autre perspective que je trouve extrêmement intéressante. Si vous avez une couple de mois à votre disposition, venez faire un tour au ministère. Je pense qu'on pourrait regarder cela.

Mme Lavoie-Roux: Je voudrais simplement vos commentaires sur votre dernière recommandation à l'article 111 dans laquelle vous dites que le présent règlement abroge certains articles. Vous recommandez que la limite de 25 professionnels mentionnée au deuxième alinéa de l'article 70 soit supprimée dans tous les CH, y compris ceux de taille réduite. L'obligation d'avoir un DSP responsable de la qualité des activités professionnelles devrait exister pour tous les établissements. D'après ce que je comprends, ceci existait et a été abrogé.

Mme Dion: C'est cela. Notre logique est assez simple. On a regardé le règlement, on décrivait au minimum deux directeurs ou deux types de direction, qu'on retrouve plus particulièrement dans les règlements. On le trouvait au niveau des CH. On a dit: Cette base minimale, comme on parle de réseaux, on devrait peut-être la retrouver aussi dans

les autres morceaux. Cela existait dans les articles 166 et 167, mais on les a abrogés; alors, maintenant, pour les DSP dans les autres types d'établissements que les CH, ce n'est pas inscrit si on abroge les articles.

Mme Lavoie-Roux: Je vous remercie. Cela m'avait échappé. Est-ce que c'est le cas qu'il n'y aura plus de DSP dans les autres types d'établissements ou si c'est prévu ailleurs dans la loi?

M. Johnson (Anjou): La loi prévoit, à l'article 116, que le conseil d'administration de tout centre hospitalier ou de tout centre de services sociaux doit nommer un directeur des services professionnels. La loi le prévoit dans le cas des CSS. C'est ce qui vous inquiétait. Cependant, dans le cas des CAH, ce n'est pas obligatoire, ce ne l'était pas et dans le cas des CLSC non plus.
(22 h 30)

M. Fortin: M. le ministre, dans la préoccupation que vous aviez par rapport à la protection du public, de fait, parce que, parmi les directeurs des services professionnels, certains ont une fonction de gestion, mais la plupart ont principalement une fonction de qualité de services, il nous apparaît, d'abord, que la notion même d'avoir 25 professionnels est peut-être élevée pour les fins d'aider à la qualité des services. Cette question est peut-être discutable, c'est à vous d'y répondre. De plus, on a été surpris de la voir disparaître dans les centres d'accueil d'hébergement et dans les centres d'accueil de réadaptation.

Dans plusieurs de ces établissements, vous retrouvez beaucoup de professionnels et on se surprend que la notion de DSP qu'on retrouve dans l'hôpital, qui est là en partie pour protéger la qualité des services, n'apparaisse pas du côté des établissements sociaux. C'est là un peu...

M. Johnson (Anjou): D'hébergement.

M. Fortin: Oui.

M. Johnson (Anjou): Je vous répondrai à cela que je connais des centres d'accueil avec 48 lits. Ce n'est pas beaucoup de lits pour un cadre de plus.

M. Fortin: J'en connais aussi qui ont 250 lits à quatre minutes d'ici.

M. Johnson (Anjou): Voilà! Mais ils peuvent toujours en nommer un. Vous mettez le doigt sur la difficulté de standardiser cela. Obliger des centres d'accueil de 42, 50 et même 75 lits, dans bien des cas - cela dépend des endroits - à avoir une direction des services professionnels, cela m'apparaît un peu gros. Cependant, il est évident que, dans la mesure où on a affaire à de gros

centres... Je ne sais pas si on va introduire...

Il y a les PME dans l'industrie et les grandes. Il y aurait les PME, les petits et moyens établissements, et un ensemble de règles pour les petits et moyens établissements et les grands. Effectivement, compte tenu de l'alourdissement encore une fois des clientèles en hébergement où, à l'origine, le système n'était pas conçu comme cela, il est évident que la dimension des soins professionnels qui y sont donnés - on l'a évoqué à l'occasion d'autres mémoires - doit faire l'objet de la plus grande rigueur possible aux fins de la protection du public. Encore une fois, c'est la difficulté de standardiser cela dans notre système, compte tenu de la diversité dans les régions, dans les territoires, dans les dimensions, etc., contrairement au système hospitalier qui, lui, est assez clair en termes de règles de fonctionnement.

M. Fortin: M. le ministre, vous parlez d'ampleur ou de grosseur. À une douzaine de minutes d'ici, il y a un hôpital de 36 ou 39 lits dont vous avez amplement entendu parler et qui a à peu près la même dimension que votre centre d'accueil de 48...

M. Johnson (Anjou): Lits ou...

M. Fortin: ...qui, lui, en vertu de - je peux parler d'un autre de 20 lits un peu plus loin - en vertu du même règlement, est obligé d'avoir un directeur des services professionnels pour protéger en partie la qualité des services. La question que l'on se pose, c'est: Vingt lits dans un centre hospitalier, cela vaut combien de lits dans un centre d'accueil d'hébergement? On pourrait se la poser. Pour nous, la question n'est pas en termes de dimension parce que, si vous la mettez en termes de dimension, vous en avez déjà dans des hôpitaux de 10 lits, 15 lits, 20 lits, 25 lits. La question est à poser au ministre des Affaires sociales quant à la protection de la qualité des services à la population. Ce n'est pas à nous à y répondre en termes de nombre, mais il semble que, dans un hôpital même petit, il faut un DSP alors que, dans un centre d'accueil de 200 lits, ce n'est pas obligatoire ni nécessaire jusqu'à un certain point. C'est une réflexion que l'on peut faire si on a une approche qui ne s'occupe pas du type d'établissement, mais bien de la qualité des services.

M. Johnson (Anjou): Je prends note.

Mme Lavoie-Roux: Je veux vous remercier surtout de vos réponses bien pratiques et surtout du fait que vous n'êtes pas venus nous demander plus de réglementation.

L'exercice que l'on fait, M. le ministre, c'est que, comme on a convoqué les gens

pour discuter de réglementation, cela invite presque les gens à en trouver un peu chacun pour soi. C'est peut-être cela qui est une incitation à plus de réglementation, mais je pense qu'il faudrait toujours garder comme objectif de la réduire parce que ce que vous dites au sujet du dynamisme des établissements et de leur laisser le plus d'initiatives possible, cela devrait être un principe fondamental. Dans ce sens-là, je souscris à ce que vous indiquez dans votre préambule. Je vous remercie.

Mme Dion: Me permettez-vous de dire, madame, qu'on a été obligés de vivre un peu ce que vous vivez en beaucoup plus gros et beaucoup plus grand. On représente dix organisations et dix associations très différentes. On a dû s'asseoir autour de la même table. Cela a été le produit d'un consensus. À votre échelle, il est certainement encore plus difficile à faire, mais on s'est dit que, si on n'arrive pas à s'entendre et à voir comment on pense que ce règlement est vivable et ce qu'on trouve le pire dedans, ce n'est pas demain matin, quand on va se trouver encore sur le même terrain, qu'on va être capable de mieux le faire. Je ne pense pas que, nonobstant ce qui va se passer, ils vont pouvoir tout changer demain matin. Alors, on est encore obligés de travailler ensemble et on sera mieux de s'organiser pour se trouver un moyen qui soit vivable.

M. Johnson (Anjou): Merci, madame.

Mme Lavoie-Roux: Merci bien.

Le Président (M. Desbiens): Je remercie les représentants de la Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec. Je remercie également les membres de la commission de leur collaboration.

La commission des affaires sociales ajourne ses travaux au mardi 11 octobre à 19 heures.

(Fin de la séance à 22 h 36)