



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 (4)

Le mercredi 12 octobre 1983 - No 153

Président: M. Richard Guay

Table des matières

Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (CPIIAQ)	B-8287
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	B-8292
Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec	B-8313
Conférence des CRSSS du Québec	B-8323
Fédération des médecins spécialistes du Québec	B-8333
Mémoires déposés	B-8351
Conclusions	
M. Pierre-Marc Johnson	B-8351
Mme Thérèse Lavoie-Roux	B-8353

Autres intervenants

M. Hubert Desbiens, président

M. Richard French

- * Mme Claire Garon, Corporation professionnelle des infirmières
et infirmiers auxiliaires du Québec
- * M. Clément Richer, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- * M. Georges-Henri Gagnon
- * M. Gilles DesRosiers, idem
- * M. Jean Rodrigue, idem
- * M. Guy Bélanger, Association des directeurs généraux des CRSSS
- * M. Mathieu Vaillancourt, idem
- * M. André Bélanger, Conférence des CRSSS
- * Mme Lise Langlois, idem
- * M. Paul-André Quintin, idem
- * M. Patrick Molinari, Fédération des médecins spécialistes du Québec
- * M. François Aquin, idem
- * M. Roger David, idem
- * M. Paul Desjardins, 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 - 4e étage
Québec G1A 1A7

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Le mercredi 12 octobre 1983

Auditions sur la réglementation des établissements découlant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

(Dix heures)

Le Président (M. Desbiens): La commission des affaires sociales reprend ses travaux pour entendre les personnes et les groupes intéressés à faire des représentations à l'égard de l'adoption de la réglementation sur l'organisation et l'administration des établissements découlant de la loi 27.

Les membres de la commission sont: MM. Boucher (Rivière-du-Loup), Gravel (Limoilou); Mmes Dougherty (Jacques-Cartier), Harel (Maisonnette); M. Johnson (Anjou); Mmes Juneau (Johnson), Lavoie-Roux (L'Acadie); MM. Leduc (Fabre), Picotte (Maskinongé), Rochefort (Gouin), Sirros (Laurier).

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

Aujourd'hui, il y a d'abord une série de mémoires qui ont été présentés pour dépôt. Ce sont ceux de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, la Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec, la Corporation professionnelle des technologistes médicaux du Québec, la Corporation professionnelle des diététistes du Québec, l'Ordre des techniciens en radiologie du Québec, les Conseils consultatifs du personnel clinique, l'Ordre des chimistes du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Association des biochimistes cliniques du Québec.

Je demanderais à la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec de s'approcher, s'il vous plaît! en deuxième lieu, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; suivront: l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec, la Conférence des CRSSS du Québec et, finalement, la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Alors, Mme Boily.

Mme Garon (Claire): Mme Garon, secrétaire de la corporation.

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

M. Johnson (Anjou): M. le Président, si vous me permettez, j'aimerais dire aux gens qui sont dans la salle, notamment ceux qui représentent la Fédération des médecins spécialistes, qu'il n'est pas impossible, compte tenu de la rapidité de nos travaux, puisque les intervenants ont la gentillesse de résumer leur mémoire qu'on a déjà lu, qu'on puisse finir sans devoir revenir ce soir. On pourra étudier tous les mémoires, probablement trois ce matin et deux cet après-midi.

Le Président (M. Desbiens): Mme Garon.

CPIIAQ

Mme Garon: M. le ministre, mesdames, messieurs les députés, mon nom est Claire Garon. Je suis secrétaire de la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.

Je me permets de présenter ce mémoire sur le projet de règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Je vous ferai grâce de la lecture des nombreux articles; on commencera tout de suite par l'article 1.

Nous constatons que le gouvernement abandonne la définition de "professionnel" qu'on retrouvait à l'ancien paragraphe d de l'article 1 du règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RRQ, chap. S-5, r. 1). Or, cette définition n'englobait pas les infirmières et infirmiers auxiliaires, membres de la CPIIAQ. Ils sont pourtant des professionnels à part entière, en vertu du Code des professions (LRQ, chap. C-26). Le retrait de cette définition aura pour effet d'établir pour l'avenir la primauté du Code des professions, quant à la définition du terme "professionnel", sur le règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Article 8, alinéa premier, paragraphe 7. Cette disposition stipule: "Le conseil d'administration d'un établissement public doit adopter des règlements portant sur les objets suivants, lorsqu'ils relèvent du champ d'activité de l'établissement.

"7) la désignation des actes et la détermination des conditions prévues au règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des

médecins (RRQ, 1981, chap. M.9, r. 1), et au règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou infirmiers (RRQ, 1981, chap. 1-8, r. 1)".

La CPIIAQ est heureuse de constater que le ministre des Affaires sociales réitère sa volonté de voir appliquer les règlements sur les actes délégués.

Nous constatons, toutefois, que certains termes utilisés dans le premier alinéa de l'article 8 portent à confusion, notamment les termes "établissement public" et "lorsqu'ils relèvent du champ d'activité de l'établissement".

i) Établissement public:

En effet, le règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou infirmiers (RRQ, 1981, 1-8, r.r., art. 2.02, paragraphe A) n'établit aucune distinction entre les établissements publics et les établissements privés. Ainsi l'article 1.01, paragraphe d, dudit règlement définit le terme "établissement" comme suit: "Tout établissement tel que défini par la Loi sur les services de santé et services sociaux."

Il ressort clairement des articles 2.02, 3.01 et 3.02 dudit règlement que les obligations d'un établissement s'appliquent sans distinction tant aux établissements publics que privés.

Par ailleurs, il est bien établi qu'un règlement doit non seulement être conforme à la loi habilitante, mais également aux autres règlements édictés par le gouvernement, sous peine de nullité.

D'autre part, l'alinéa 1 de l'article 8 du projet de règlement est adopté en vertu de l'article 173 paragraphe a de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui stipule: "En outre des pouvoirs de réglementation qui lui sont conférés par la présente loi, le gouvernement peut faire des règlements pour: a) établir des catégories de familles d'accueil et, au sein de chacune des catégories d'établissement fixés par la présente loi, des classes d'établissement et au sein de chacune des classes, des types d'établissement et déterminer les activités que chacune de ces classes ou types d'établissement peut exercer et statuer sur les règlements qu'un conseil général ou un établissement peut ou doit adopter."

Nous constatons que cette disposition ne fait aucune distinction entre l'établissement privé ou l'établissement public quant à l'obligation d'adopter des règlements et qu'on utilise le terme "un établissement" et non "des catégories d'établissement" ou "des classes d'établissement" ou "des types d'établissement".

Le législateur, en accordant un pouvoir réglementaire au gouvernement, lui a permis,

dans l'exercice de ce pouvoir réglementaire, de faire certaines distinctions entre différentes catégories, classes et types d'établissement, dans des cas particuliers, mais non en ce qui concerne le pouvoir de statuer sur les règlements qu'un établissement peut ou doit adopter.

ii) "Lorsqu'ils relèvent du champ d'activité de l'établissement." Cette terminologie nous semble permettre une échappatoire au conseil d'administration quant à son obligation d'adopter un règlement.

Nous comprenons que les établissements de santé n'ont pas tous le même champ d'activité et les mêmes besoins. Toutefois, dans le cas des règlements sur les actes délégués qui ont été adoptés en date du 11 juin 1980 et qui, depuis cette date, connaissent une application différée dans la majorité des établissements de santé, nous sommes d'avis qu'une disposition coercitive s'impose et nous suggérons comme solution que le gouvernement adopte une disposition distincte quant à l'obligation pour le conseil d'administration d'un établissement d'adopter un règlement visant la désignation des actes et la détermination des conditions prévues aux règlements sur les actes délégués.

Cette solution aurait pour effet de contourner le problème créé par l'utilisation des termes "établissement public" et "lorsqu'ils relèvent du champ d'activité de l'établissement".

iii) Le paragraphe 7 du premier alinéa de l'article 8: Ce paragraphe nous semble mal formulé, compte tenu que le pouvoir réglementaire du conseil d'administration de l'établissement en vertu des deux règlements de délégation des actes n'autorise ce dernier qu'à désigner par règlement les actes qui ne peuvent être posés et à déterminer les conditions locales requises pour poser ces actes. D'ailleurs, cette interprétation a été reproduite dans une circulaire récente émise par le sous-ministre des Affaires sociales aux directeurs généraux des établissements de santé dont nous nous permettons de citer un extrait:

"De toute urgence, chaque conseil d'administration d'établissement qui n'a pas déjà tout au moins identifié les actes infirmiers ne pouvant être posés, doit procéder, dans les plus brefs délais, à l'adoption d'un règlement afin de préciser quels sont ces actes."

La CPIIAQ propose, afin d'établir une concordance entre les règlements sur les actes délégués et le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, d'adopter une disposition distincte quant à l'obligation pour les établissements d'adopter de tels règlements qui se liraient comme suit: "Le conseil d'administration d'un établissement doit adopter des règlements portant sur les objets suivants:

"La désignation des actes qui ne peuvent être posés et la détermination des conditions locales prévues au règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins (RRQ, 1981, chap. M.9, r.1) et au règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou des infirmiers. (RRQ, 1981, chap. I-8, r.1).

"Une copie des règlements adoptés en vertu du présent article est transmise aux corporations professionnelles qui en font la demande."

Article 18 alinéa premier, paragraphe 3. Cette disposition stipule que le Comité consultatif à la direction générale doit analyser et faire les recommandations qu'il juge nécessaires en ce qui concerne l'élaboration du plan d'organisation du centre hospitalier.

L'expérience nous enseigne que le plan d'organisation d'un centre hospitalier prévoit souvent des droits et obligations pour nos membres alors que celui-ci nous demeure inaccessible.

Nous suggérons qu'une disposition soit ajoutée afin de prévoir que le plan d'organisation adopté par le centre hospitalier soit disponible aux corporations professionnelles qui en font la demande.

Article 55 premier, paragraphe 4: La CPIAQ est heureuse de constater que le gouvernement a clarifié l'ancien article 87 en remplaçant le terme "membre du personnel professionnel" par le terme "membre du personnel clinique".

Articles 76, paragraphe 2 et 85, paragraphe 2. Ces dispositions se lisent respectivement comme suit: article 76. "Sous l'autorité du directeur des services professionnels du centre hospitalier, le chef de département de pharmacie ou le pharmacien établit et applique des politiques sur la préparation, la distribution et le contrôle de l'utilisation des médicaments, drogues ou poisons dans le centre hospitalier."

Article 85. "Sous l'autorité du directeur général, le chef du service de pharmacie ou le pharmacien exerce les fonctions suivantes: Établir et appliquer des politiques sur la préparation, la distribution et le contrôle de l'utilisation des médicaments, drogues ou poisons dans le centre." Il est question du centre d'hébergement ici.

Depuis un certain temps, la corporation constate que plusieurs centres d'accueil établissent et appliquent des politiques sur la préparation et la distribution de médicaments ou de drogues contrôlés qui vont à l'encontre du règlement concernant les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des

infirmières ou infirmiers, en permettant à des éducateurs ou à des préposés ou bénéficiaires d'administrer des médicaments, contrairement à la Loi sur les infirmières et les infirmiers.

Afin d'éviter d'autres infractions, nous suggérons que le paragraphe 2 de l'article 76 ainsi que le paragraphe 2 de l'article 85 soient modifiés en ajoutant la phrase suivante: "...conformément à la Loi sur les infirmières et infirmiers et au règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers qui peuvent être posés par les classes de personnes autres que des infirmières ou infirmiers."

En conclusion, la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec espère que ces recommandations seront étudiées attentivement et que le gouvernement procédera aux modifications suggérées au règlement sur l'organisation et l'administration des établissements afin d'en faciliter l'application. Je vous remercie de votre attention et de votre bienveillance.

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

M. Johnson (Anjou): Merci, Mme Garon, pour votre mémoire extrêmement précis. On vous remercie d'avoir soulevé la notion de l'établissement public et de l'établissement privé. Il s'agit pour nous de trouver une formulation, je pense, satisfaisante et adéquate et d'écrire à nouveau l'ensemble de ces articles pour s'assurer, dans le fond, qu'on couvre aussi les établissements qu'on veut couvrir, parce que la notion de conseil d'administration est un peu différente de la notion de propriétaire qu'on retrouve dans le secteur privé.

Quant à toute la question qui touche la délégation des actes - nous sommes conscients que le règlement de base n'est pas celui-ci, mais celui de la délégation des actes qui découlent de la Loi médicale et de la Loi sur les infirmières et infirmiers et est finalement probablement la source de la formulation que vous trouvez peut-être insatisfaisante qu'on retrouve dans le projet de règlement de la loi 27 - nous croyons qu'il faut au minimum - c'était l'objet de la directive envoyée par le sous-ministre à l'ensemble des établissements - s'assurer qu'en vertu de l'article 2.02 de l'autre règlement, celui qui est la base de la notion de la délégation des actes, les établissements puissent identifier dans un premier temps les actes ne pouvant pas être posés. Cela nous paraît évident. Vous souhaiteriez évidemment qu'on s'inspire plus de la formulation de l'article 3.01 qui est la désignation des actes et non pas l'exclusion de certains actes. On en est conscient. Je ne pense pas qu'on puisse trancher le débat de façon définitive.

De toute façon, il ne sera jamais tranché dans notre société, par définition, dans la mesure où il y a un champ et une zone grise absolument gigantesque entre les infirmières et les infirmières auxiliaires dans le domaine hospitalier. Nous prenons cependant bonne note de certains des commentaires quant aux formulations que vous nous faites. Nous allons continuer d'insister auprès des établissements pour qu'ils appliquent l'article 2.02, en souhaitant qu'ils le fassent.

À l'égard de ce qu'on retrouve à la page 5 au sujet de rendre disponibles aux corporations professionnelles les plans d'organisation, je pense que c'est une suggestion extrêmement intéressante. De la même façon qu'on voudrait rendre accessibles aux corporations professionnelles, pour les fins d'application de la déontologie ou des plaintes, les dossiers, encore une fois non pas aux membres, mais aux corporations en tant qu'entités ayant des responsabilités spécifiques, je pense que votre suggestion qu'on retrouve à la page 5, au sujet de l'article 18, s'inscrit aussi avec une certaine cohérence dans les objectifs qu'on recherche. (10 h 15)

Finalement, vous soulevez la question des centres d'accueil et de la distribution des médicaments et drogues contrôlés. Nous sommes extrêmement hésitants à mettre sur pied des structures et des formulations très très lourdes alors que dans certains centres d'accueil, par exemple, de réadaptation les psychoéducateurs ne prescrivent pas, mais peuvent être appelés à remettre physiquement et, à finalement, faire le geste que le citoyen ferait avec une ordonnance médicale, c'est-à-dire prendre le pot puis remettre le médicament avec un verre d'eau à celui qui en a besoin. On comprend vos préoccupations à l'égard du contrôle et des actes qui sont visés à l'article 36. Il n'en reste pas moins qu'on ne voit pas vraiment l'utilité de se doter de structures très complexes pour des choses relativement simples. Faudrait-il trouver peut-être un moyen de supervision général, plutôt que de voir là-dedans une structure qui s'applique à chaque acte à chaque moment où il est posé.

Mme Garon: Sans être très complexe, elle pourrait être très vigilante, compte tenu des conséquences.

M. Johnson (Anjou): Oui. Comment verriez-vous cela très concrètement? Disons qu'on a un centre d'accueil de réadaptation dans lequel il y a essentiellement des psychoéducateurs, le personnel de soutien qui est avec eux et qu'il y a dans le groupe deux ou trois bénéficiaires qui prennent des médicaments et qui sont contrôlés par ordonnances médicales, qui sont suivis, comment voyez-vous la mécanique d'intervention?

Mme Garon: Pour cela précisément je n'ai pas de réponse concrète applicable tout de suite à vous apporter. On a été pris devant une situation de fait. On s'est aperçu que c'était une pratique dans certains centres.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Alors je vous remercie Mme Garon. Encore une fois on vous remercie de la qualité de votre exposé, de la précision de votre mémoire, merci infiniment.

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

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, je veux remercier la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec pour leur mémoire. Le ministre a repris chacun de points que vous apportez. Moi, je suis très sensible à la proposition que vous faites à l'article 8. Dans le fond c'est peut-être ça... Je ne veux pas minimiser l'importance des autres recommandations que vous faites, mais ceci est vraiment le point le plus litigieux et qui reste en suspens depuis trop longtemps. Je comprends que vous vouliez profiter - je ne le dis pas dans un sens péjoratif - de la rédaction des règlements pour demander que ce point soit clarifié. Et je réalise que le ministre vous fait une réponse tout à fait semblable à celle qu'il m'a faite lors de l'étude des crédits - je l'ai devant moi - le printemps dernier, quand il m'a dit: - je vais le résumer, parce que l'échange a été assez long - les Français ont crié cela au Moyen Âge et ils ont encore des problèmes, en parlant de la délégation des actes et des interférences entre les responsabilités des différentes corporations professionnelles.

M. Johnson (Anjou): C'est un philosophe.

Mme Lavoie-Roux: Le ministre est un philosophe?

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Lavoie-Roux: Oui, ou un historien.

M. Johnson (Anjou): Pas si pire que ça j'espère.

Mme Lavoie-Roux: Il reste qu'il y a là un problème qui a été débattu très très longtemps, qui a donné lieu à une commission parlementaire qui a duré aussi très très longtemps. Je pense que c'était l'ancien ministre de l'Éducation qui était responsable, à ce moment-là des corporations professionnelles. Nous avions entendu à peu près les mêmes personnes que nous entendons depuis quelques jours sur le fameux projet de règlement. Et le tout s'était terminé par un

décret qui, espérait-on, aurait réglé certaines choses. Dans la réalité - là je pense que le ministre pourra me corriger, il est certainement plus au courant des faits dans les différents établissements; peut-être que vous autres pourriez nous dire exactement comment les choses se passent - il semble bien que chacun y va selon ses propres décisions. Dans les faits, il y a peu de choses de changées en dépit du décret, qui a été adopté après de nombreuses journées de représentations, assez vives à certains moments, si ma mémoire est bonne.

Mme Garon: Vous décrivez assez bien l'état de fait.

Mme Lavoie-Roux: Le ministre pourrait peut-être alors me dire comment il se fait que, finalement, on en laisse l'application aux humeurs de chacun.

M. Johnson (Anjou): En vertu du règlement lui-même. Dans le règlement auquel on se réfère il y a une responsabilité spécifique qui est accordée... Ce n'est pas le ministère des Affaires sociales qui dit: Dans le fond, on va laisser ça aux humeurs de chacun des établissements. On constate que la pratique est très différente selon les établissements, et c'est pour ça qu'on a été appelé à envoyer cette directive du sous-ministre récemment, incitant les établissements à procéder en vertu de 2.01 du fameux règlement que vous évoquez, parce que 3.01 dit que ce sont les établissements qui le font.

Donc, on n'a pas le pouvoir, à moins qu'on modifie le règlement de l'office, d'obliger les établissements. On souhaite simplement, puisque je vois des représentants de l'association des hôpitaux, qu'ils y voient, avec insistance. Et probablement que l'un des mérites de la présence de Mme Garon ici, aujourd'hui, aura été de nous amener à réitérer notre volonté de voir les établissements hospitaliers procéder à l'application de 2.01, en vertu des pouvoirs qu'ils ont à 3.01.

Encore une fois, ce n'est pas tellement qu'on veut laisser ça aller aux humeurs; on leur a rappelé qu'ils ont une responsabilité et on leur demande d'assumer cette responsabilité.

Mme Lavoie-Roux: Il faut bien se rendre compte que cela a différents types de répercussions, selon que l'on délègue ou qu'on ne délègue pas ou qu'on fasse un choix dans la délégation des actes délégués. Cela a des répercussions au plan de l'engagement - et, comme à ce moment-ci on n'engage pas tellement de personnel - au plan de la suppression des postes. C'est pour ça que le problème devient aigu. Je ne le fais pas politiquement, mais il reste qu'il y a 18 000 auxiliaires infirmières au Québec qui ont rendu d'énormes services et qui continuent

d'en rendre. Je pense qu'on n'a pas le droit de les traiter, pas plus qu'on n'a le droit de traiter n'importe quelle autre profession selon que, budgétairement, ça fait notre affaire ou que ça fait l'affaire d'une autre corporation. Peu importe le fond du litige sur lequel je ne voudrais pas poser de jugement final, parce que je suis certaine qu'il y a des éléments qui peuvent me manquer, il reste que strictement au plan de la justice et du désir du législateur, je comprends que c'est par règlement, mais il reste quand même que cela a été discuté longuement ici à l'Assemblée nationale. En tout cas, je ne sais pas, vous dites: à moins qu'on l'introduise dans le règlement actuel, et vous ne voulez pas l'introduire à cause des contraintes que vous impose le Code des professions. Alors, ce n'est pas de votre ressort?

M. Johnson (Anjou): C'est-à-dire, à la rigueur... Soyons clair, ça pourrait être du ressort du gouvernement de le faire, mais par une modification du règlement initial, qui est celui qui relève du ministre responsable du Code des professions. Cela ne demanderait pas un amendement législatif; je ne crois pas. Il faudrait un changement dans la réglementation, sauf que ça ressort évidemment d'un débat qui est particulièrement difficile. Je veux simplement dire à la députée de L'Acadie que je suis très sensible à ce qu'elle me dit. Le paradoxe là-dedans, c'est que si le ministère avait juste une vision budgétaire de cette question, il aurait plutôt tendance à être favorable à la position des infirmiers et infirmières auxiliaires, dans la mesure où c'est un personnel... Plus la zone grise est occupée par les infirmiers et infirmières auxiliaires, on pourrait dire qu'il y a l'équation simpliste qui nous amènerait à considérer que moins ça va coûter cher, parce que de fait les infirmières diplômées ont en général des niveaux de rémunération plus élevés que les infirmières auxiliaires. Le but de la souplesse introduite à l'article 3.01 dans le règlement du ministre responsable du Code des professions, c'était de dire qu'il faut donner la souplesse nécessaire pour que Chibougamau ne soit pas considéré sur le même pied que Notre-Dame, puisque la réalité est très différente. On sait très bien que dans la mesure où les règlements ne sont pas adoptés, cependant, ce qui s'est passé à l'époque des compressions budgétaires les plus importantes c'est que celles qui, en général, ont écopé le plus, c'étaient les infirmières auxiliaires. Non pas parce qu'elles "coûtaient plus cher", mais beaucoup plus parce que les infirmières diplômées étaient dans des positions stratégiques des établissements, à la direction des services infirmiers, par exemple, pour prendre ce type de décision, et que leur décision, ma foi,

s'explique un peu par quelques affaires assez fondamentales dans la nature humaine. On essaie de se protéger avant de protéger les autres. Effectivement les infirmières auxiliaires, à certains endroits, ont écopé dans ce contexte-là. Mais il reste que, globalement, dans la mesure où on envisagerait qu'on n'aurait plus à vivre des situations aussi difficiles, sur le plan des effectifs, les préoccupations de la députée de L'Acadie on les a aussi. On pense que si les établissements appliquaient l'article 2.02, en vertu du pouvoir habilitant qu'ils ont en vertu de l'article 3.01 de l'autre règlement, normalement ça devrait, en tout cas, permettre d'atténuer ces événements-là qui ont été plus importants, qui ont été connus. Je pense que cela reste la meilleure voie, que cela reste la solution qu'il faut privilégier pour des besoins de souplesse, et du fait qu'on pense qu'il faut que les établissements assument leurs responsabilités.

Mme Lavoie-Roux: Oui, là-dessus, vous savez qu'on s'entend bien. Les établissements assument leurs responsabilités, mais il reste que j'ai l'impression qu'il y a un peu de laisser-faire de la part du gouvernement ou du ministère à cet égard, puisque dans le fond, la volonté du gouvernement a été exprimée par le décret qui rendait officielle la nature des actes délégués. Je comprends que ce n'est pas une responsabilité directe - vous l'avez expliqué - du ministère, mais quelque part il y a un décret qui dit qu'il y a tel type d'actes qui sont délégués et on passe à côté du décret pour... Enfin, on pourrait rentrer dans toutes sortes de considérations. C'est comme si le ministre disait: Bien, écoutez, c'est vrai que le décret est là, que c'est tel type d'actes qui doivent être délégués, mais on va laisser la nature prendre soin de ces choses-là.

M. Johnson (Anjou): C'est-à-dire que ce que le règlement dit, c'est qu'il y a des actes qui peuvent et d'autres qui ne peuvent pas être posés pour les fins de respecter la diversité des établissements, la situation relative qui est différente. Il y a certains hôpitaux - qui ne sont pas légions, je le reconnais - par exemple, où les infirmières auxiliaires jouent un rôle, je dirais presque dominant dans l'activité clinique non médicale - encore une fois, ce n'est pas la majorité des cas, je le sais - et où ces problèmes-là sont réglés peut-être plus rapidement par la force des choses ou en tout cas, je dirais quasiment par le rapport de la force professionnelle dans le milieu. Mais il reste que le règlement ne dit pas: Voici les actes interdits, puis voici les actes délégués, et puis c'est comme ça. Le règlement dit: Il y a des actes qui peuvent être exclus, il y a des actes qui peuvent être posés par certains groupes, d'autres qui

ne peuvent pas l'être et on dit qu'il appartient à chacun des établissements, à l'intérieur de cette réalité, de procéder aux désignations ou de procéder aux exclusions. (10 h 30)

Le ministère non seulement ne se contente pas de laisser aller la loi de la jungle, il essaie de vivre avec une certaine cohérence ce qui a été décidé dans le cadre du règlement qu'on invoquait tout à l'heure, puis il fait des pressions. Il n'y a pas une fois où j'ai rencontré le président de l'AHQ où je ne lui en ai pas parlé depuis deux ans. Chaque fois que je le rencontre, je lui dis: Je présume que ça avance, la délégation des actes.

Puis, le sous-ministre a envoyé une directive qui a été très longue à élaborer, très complexe. C'est rare que le sous-ministre envoie une directive de cette nature; on pense que normalement les gens devraient comprendre cela. Ils savent très bien que s'ils ne le font pas, ils vont nous mettre un jour dans l'obligation de trancher puis le jour où on va trancher, les gens vont venir nous expliquer ici que c'est bien épouvantable que le gouvernement vienne tout normer au niveau national. Alors, on souhaite encore une fois que cette discussion nous permettra de faire des pressions additionnelles sur les établissements.

Mme Lavoie-Roux: Vous n'avez pas l'intention de modifier l'article 8, de considérer la requête...

M. Johnson (Anjou): Dans la formulation actuelle, non, pas à ce stade.

Mme Lavoie-Roux: Alors, je vous remercie Mme Garon.

M. Johnson (Anjou): Merci madame.

Le Président (M. Desbiens): J'invite la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à s'approcher, s'il vous plaît! M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Si vous permettez, est-ce qu'il y a quelqu'un de l'Association des directeurs généraux qui est ici? Si on pouvait les aviser... M. Perreault, les DG sont-ils là? Il serait peut-être utile qu'ils viennent se présenter devant nous, il y a des chances qu'on puisse les entendre ce matin.

Bonjour, madame.

Le Président (M. Desbiens): Dr Richer

FMOQ

M. Richer (Clément): M. le Président, mesdames et messieurs les membres de la commission, je voudrais tout d'abord vous présenter les gens de notre table. Partant de

l'extrême droite, le Dr Gilles DesRosiers, omnipraticien et directeur des affaires professionnelles à la fédération, le Dr Jean Rodrigue membre du bureau de la fédération, le Dr Rodrigue pratique depuis dix ans, je pense que c'est notre plus ancien médecin de CLSC à Lac-Etchemin; le Dr Georges-Henri Gagnon, premier vice-président de la fédération; il est omnipraticien depuis 24 ans à Rimouski; Me François Chapados, conseiller juridique et chef négociateur de la fédération; Me Nicole Fournier, chef du contentieux à la fédération et le Dr Georges Boileau qui est omnipraticien et directeur des communications à la fédération.

M. le Président, je vais essayer d'écouter un petit peu notre mémoire. Je vous l'ai soumis, comme on devait le faire, à votre attention. Je vais résumer peut-être les deux premiers chapitres, les préambules, les paramètres et peut-être insister un peu plus longuement sur l'organisation médicale pour revenir au résumé au moment de nos remarques sur le chapitre qu'on a intitulé "Le médecin" et les conclusions.

Depuis quelque vingt ans, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec mène une lutte de tous les instants en vue de la promotion de l'omnipraticien en milieu institutionnel. C'est pourquoi la fédération attache une importance capitale aux règlements susceptibles de découler de l'application de la loi 27, loi qui, on le sait, privilégie la voie réglementaire. Selon la FMOQ, cette réglementation édictera en effet et ce, pour de nombreuses années à venir, les bornes principales qui encadreront la pratique institutionnelle de la médecine générale.

Les commentaires et recommandations contenus au mémoire de la fédération s'inscrivent à l'intérieur de paramètres bien déterminés. Ceux-ci correspondent à autant de préoccupations de la fédération et ont pour noms: sens du réalisme, volonté de participation des médecins omnipraticiens au fonctionnement du réseau institutionnel, dignité individuelle ou collective des dispensateurs de soins médicaux, suite logique de l'action gouvernementale en matière de démographie médicale et, enfin, volonté d'action au niveau de l'agir politique et réglementaire.

Je vous reporte maintenant, pour l'organisation médicale, à la page 8 de notre mémoire. En matière d'organisation médicale, le projet de réglementation soumis pour étude parle de deux façons distinctes: d'une part, par son contenu en regard des centres hospitaliers et des centres d'accueil et d'hébergement; d'autre part, par des silences à l'endroit des CLSC et des centres de réadaptation. Les commentaires qui suivent s'inspirent d'ailleurs de cette dichotomie. Ceci étant, nous traiterons de l'organisation médicale que propose la réglementation en

regard des centres hospitaliers, des centres d'accueil et enfin des centres locaux de services communautaires.

Lors de la présentation de son mémoire en commission parlementaire, relativement au projet de loi no 27, la fédération avait demandé que, par la loi, soit décrétée l'obligation pour tout centre hospitalier, désigné ou non, de prévoir la formation d'un département de médecine générale; que par réglementation soit précisée la vocation clinique du département de médecine générale, notamment en ce qui a trait aux services d'urgence de première ligne et aux services externes généraux et, enfin, lors de la discussion susceptible d'entourer l'adoption d'un règlement en application de la loi 27, qu'il soit discuté de la vocation du département de médecine générale vis-à-vis de certaines unités de soins que l'on retrouve en centres hospitaliers de courte durée, notamment les unités pour malades chroniques et soins prolongés.

Pour ce qui est du projet de réglementation soumis, celui-ci propose, quant à l'existence du département de médecine générale, que les CH mentionnés à l'annexe 4 soient exemptés de l'obligation d'avoir un département de médecine générale; que le plan d'organisation de tout autre CH de courte durée prévoit la formation d'un département de médecine générale à vocation clinique et, quant aux fonctions et attributions de ce département, que le plan d'organisation d'un centre hospitalier peut prévoir que le département clinique de médecine générale comprend les services d'urgence, les soins externes généraux et les soins prolongés.

En ce qui a trait à l'existence du département de médecine générale, trois constats s'imposent: Premièrement, la fédération note avec satisfaction la vocation clinique que le projet octroie au département de médecine générale. Selon elle, il s'agit là d'une clarification qui atteste de façon non équivoque de la place qui, en milieu hospitalier, doit être faite à la pratique de la médecine générale. Deuxièmement, en ce qui a trait aux centres hospitaliers visés à l'annexe, la fédération peut comprendre l'approche que véhicule le projet de réglementation soumis. Troisièmement, la fédération souscrit entièrement à la réglementation soumise lorsque celle-ci, à l'exception des centres hospitaliers visés à l'annexe 4, propose pour tout autre centre hospitalier de courte durée l'établissement obligatoire d'un département de médecine générale.

À cet égard, la réglementation soumise appelle l'appui inconditionnel de la fédération et des 6000 médecins omnipraticiens qu'elle représente. Il devrait d'ailleurs en être ainsi du bénéficiaire, puisque la dispensation rationnelle, fonctionnelle et efficace des

soins de santé présuppose, en milieu institutionnel, une organisation qui réponde à ces mêmes critères.

En ce qui a trait, néanmoins, aux fonctions et attributions, l'article 67 du projet de loi les octroie aux départements de médecine générale dans les termes suivants: "le plan d'organisation peut prévoir que le département clinique de médecine générale comprend les services d'urgence, les cliniques externes de soins généraux et les soins prolongés."

La fédération déduit du libellé proposé que le législateur n'entendrait pas, par voie réglementaire, statuer de façon complète et appropriée sur les rôles et fonctions du département clinique de médecine générale, notamment pour ce qui est des soins d'urgence de première ligne, des soins externes généraux et des soins prolongés. La fédération ne peut que s'opposer avec la plus grande énergie et détermination à la voie facultative qu'annonce la réglementation soumise. Selon la fédération, cette approche va à l'encontre de la vocation première de toute réglementation qui est celle d'ordonner la matière sur laquelle elle porte d'une façon rationnelle, fonctionnelle, juste et efficace, critères que le projet soumis ne rencontre pas à cause de l'emploi qu'il fait du vocable "peut" et des situations d'abus qu'il risque de perpétuer.

En matière de réglementation, il y a telle chose que la norme; il y a également telle chose que l'exception. Celle-ci ne doit pas pouvoir se substituer à celle-là. Pas plus d'ailleurs que celle-ci ne doit rendre celle-là inapplicable, inefficace ou inopérante.

Pour ce qui est des soins d'urgence de première ligne ou des soins externes généraux, les quelques rares exceptions qui existent encore, sont à l'origine le fruit d'injustices historiques que la fédération ne peut cautionner directement ou indirectement en acquiesçant à une réglementation susceptible d'assurer la perpétuation de ces injustices.

Enfin, toujours pour ce qui est des fonctions et attributions qui devraient être celles du département de médecine générale, la fédération note que le projet soumis est silencieux en regard du rôle que celui-ci devrait jouer en rapport avec le fonctionnement de toute unité d'enseignement clinique de médecine générale ou de médecine familiale susceptible d'exister dans un CH affilié, parmi lesquelles les unités de médecine familiale (UMF) actuellement existantes.

Cette remarque n'a pas de quoi surprendre. D'une part, les médecins omnipraticiens devront accroître dans l'avenir leur participation à l'enseignement de la médecine générale aux résidents et aux internes. D'autre part, il importe que cet enseignement clinique puisse refléter le plus

fidèlement possible les situations et milieux dans lesquels auront à exercer les futurs médecins omnipraticiens.

Enfin, sur un plan structurel et organisationnel, il importerait que dans tout CH affilié dispensant de l'enseignement dans le cadre d'un programme de formation en médecine générale ou en médecine familiale les rôles, fonctions et attributions du département de médecine générale soient précisés à cet égard.

À l'ensemble des motifs qui précèdent, la fédération recommande donc que l'article 67 du projet de réglementation se lise dorénavant comme suit: "À l'exception des centres hospitaliers mentionnés à l'annexe 7, le plan d'organisation d'un CH de soins de courte durée doit prévoir la formation d'un département clinique de médecine générale. Le plan d'organisation doit également prévoir que le département clinique de médecine générale comprend les services d'urgence de première ligne, les cliniques externes de soins généraux et les soins prolongés, de même que toute unité d'enseignement en médecine générale ou en médecine familiale existant dans l'établissement."

Toujours en ce qui a trait à l'organisation médicale en CH de courte durée, les commentaires de la fédération porteront enfin sur les articles 17, 66 et 71 du projet de réglementation soumis.

Pour ce qui est de l'article 17 du projet de réglementation, celui-ci propose la création d'un comité consultatif à la direction générale des centres hospitaliers. La fédération souscrit, en principe, à cette initiative. Selon elle, il s'agit là d'une expérience de gestion qui mérite un essai loyal de la part de tous ceux qui ont à coeur le bon fonctionnement des centres hospitaliers.

Urgence de première ligne; soins externes généraux et, enfin, soins prolongés. Ce sont là autant de champs d'activité qui, dans un CH, occupent une position névralgique.

Pour sa part, l'urgence de première ligne est la porte d'entrée du CH et le grand public est très sensible à son bon fonctionnement; l'on ne saurait ignorer par ailleurs les problèmes qui, à ce niveau, se sont posés au cours des dernières années. La même remarque vaut également pour les unités de soins prolongés qui existent en CH de courte durée. Enfin, quant aux soins externes, le fonctionnement rationnel et efficace de cette unité ne saurait échapper à quiconque se préoccupe des coûts qu'entraîne toute hospitalisation. À ces motifs, la fédération propose que le chef du département de médecine générale soit membre d'office de ce comité consultatif.

En conséquence, la fédération recommande donc que l'article 17 du projet de réglementation soit amendé de façon qu'il

se lise dorénavant comme suit: "Le CA d'un CH doit constituer un comité consultatif à la direction générale. Outre le directeur général qui le préside, ce comité est composé des cadres supérieurs et des chefs de départements cliniques désignés par le conseil d'administration, de même que du président du CMD, du chef de département de santé communautaire, du chef de département de médecine générale et de la personne responsable de la coordination de l'enseignement dans l'établissement."

En ce qui concerne l'article 66 de la réglementation soumise, la fédération note que cette disposition statue simultanément sur deux réalités bien distinctes, soit les règles de soins applicables à un acte médical, d'une part, et, d'autre part, ce qui semble être la juridiction *ratione materiae* des départements cliniques.

En ce qui a trait aux règles de soins applicables à un acte médical, l'article 66 du projet soumis énonce le principe de l'unicité des règles de soins applicables à tout acte médical. La fédération ne peut que souscrire d'emblée à ce principe. À cet égard, d'ailleurs, le libellé de cette disposition lui apparaît adéquat et mériterait d'être conservé. La fédération ne peut cependant en dire autant du libellé apparaissant au début de ce même article, libellé énonçant: "Les départements cliniques prévus au plan d'organisation d'un CH ne doivent pas couvrir les mêmes activités médicales et dentaires qu'un autre département clinique."

Tel que déjà noté, cette disposition semble référer à la juridiction *ratione materiae* des départements cliniques par rapport aux activités médicales. Notant l'ambiguïté qui découle des vocables "activités médicales" employés seuls, la fédération soumet que le libellé proposé sera difficilement applicable et source d'une grande confusion au niveau de son interprétation.

Ceci étant, la fédération propose donc que la première partie de l'article 66 soit supprimée et que cette disposition, pour l'ensemble des motifs qui précèdent, se lise dorénavant comme suit: "Les départements cliniques élaborent les règles de soins relatives aux activités médicales et dentaires relevant de chacun d'entre eux. Chaque acte médical doit être soumis à des règles de soins uniques, approuvées par le CMD."

Cette formulation a, selon la fédération, le mérite de permettre d'en rester à un certain statu quo réglementaire. En outre, même si les vocables "activités médicales" s'y retrouvent, ceux-ci sont employés en conjonction avec les mentions relevant de chacun d'entre eux, mentions reflétant les consensus de fait qui, en la matière, existent dans les divers centres hospitaliers.

(10 h 45)

Enfin, en rapport avec l'article 71 du projet de réglementation soumis, disposition qui édicte: "Le chef de chacun des départements cliniques, à l'exception de celui visé à l'article 67, doit être un médecin détenteur d'un certificat de spécialiste de la Corporation professionnelle des médecins du Québec et être membre actif du conseil des médecins et dentistes du centre hospitalier", la fédération n'hésite pas à souscrire volontiers à cette formulation pour autant cependant, et à la condition expresse, que l'on donne suite à ses recommandations concernant les rôles, fonctions et attributions du département clinique de médecine générale. Dans la perspective de la position qu'elle a prise en matière d'organisation clinique, la position que prend la fédération en regard de l'article 71 est donc parfaitement logique et conséquente.

Dernière remarque qui n'est pas sans pertinence, l'approche qu'adopte la fédération envers les articles 67 et 71 du projet de réglementation soumis, tout en tenant compte du présent et de l'avenir de la profession médicale, ne fait que traduire, au plan de l'organisation de la pratique médicale en CH, le contenu de certaines dispositions de l'entente récemment conclue entre le ministre et la fédération, nommément les paragraphes 2.01 et 2.02 de cet accord.

Centres d'accueil. Dans un mémoire préparé en mai 1982, l'Association des centres d'accueil du Québec, rejetant toute velléité d'installation d'une unité de services médicaux ou toute autre structure similaire tel un département de médecine générale, par exemple, proposait la création d'un poste de médecin responsable à vacation, ce dernier devant relever du directeur général ou de son représentant.

La fédération a déjà stigmatisé cette approche qui, en plus de traduire une soif de pouvoir et de contrôle bureaucratique, proposait une structure d'autorité étrangère aux notions de participation auxquelles croient les médecins omnipraticiens du Québec, structure incompatible avec l'exercice d'une profession telle la médecine.

Des articles 79 et suivants du projet de réglementation soumis, la fédération retient donc que le ministère signifie par là sa volonté de ne pas s'engager dans un consensus organisationnel qui, en fin de compte, constituerait un état de servage déguisé pour les membres de la profession médicale appelés à oeuvrer dans ce type d'établissements.

Quant au contenu des articles 79 et suivants précités, la fédération note que ces dispositions prévoient la formation d'un service médical dans tout centre d'accueil et d'hébergement où exercent au moins trois médecins; la nomination d'un médecin responsable; l'octroi à celui-ci de pouvoirs précis, et enfin, l'établissement d'un lien

direct entre le médecin responsable et le conseil d'administration de cette catégorie d'établissement.

La fédération souscrit d'emblée au contenu de ces dispositions qui, néanmoins, gagneraient à être bonifiées. À titre d'exemple, mentionnons le fait que le projet soumis est silencieux quant à la vocation du service médical dont la création est proposée. L'on pourrait d'ailleurs en dire autant sur les fonctions et attributions précises du conseil des médecins et dentistes lorsque celui-ci existe.

Quant aux modifications expresses que la fédération entend proposer relativement aux articles 79 et suivants du projet soumis, celles-ci ne seront pas limitatives aux centres d'accueil et d'hébergement. Elles viseront également les centres de réadaptation et les centres locaux de services communautaires. Ceci étant, elles apparaîtront à la suite des commentaires qu'appelle l'organisation médicale en CLSC.

Il n'y a pas là de quoi surprendre. En matière d'organisation médicale, les besoins de ces deux types d'établissements semblent permettre plusieurs parallèles, parmi lesquels: la nécessité de structures souples et efficaces; le nombre restreint de médecins; la présence ou l'absence, selon le cas, d'un CMD; et, enfin, la même tentation, chez certains gestionnaires, d'expurger leur établissement de toute structure à vocation médicale.

Centres locaux de services communautaires. L'adoption de la loi 27 a été très durement ressentie par les médecins qui exercent leur profession dans les CLSC. Cette loi a, d'une part, augmenté de trois à cinq le nombre de médecins requis pour former un conseil des médecins et dentistes. D'autre part, la même loi édicte que, dans un CLSC où il n'y a pas de conseil des médecins et dentistes, les médecins et dentistes de cet établissement font obligatoirement partie du personnel clinique de l'établissement visé. Alors, comme aujourd'hui d'ailleurs, les médecins oeuvrant en CLSC ont, compte tenu du vécu de leur pratique en milieu institutionnel, toujours considéré ces mesures comme vexatoires et destinées à rendre plus difficiles dans ces établissements toute structuration d'ordre médical.

En surplus, la réglementation soumise pour étude est, de façon tout à fait inacceptable, absolument silencieuse quant à tout type de mesures complémentaires susceptibles de réglementer l'organisation médicale en CLSC.

Comment interpréter ce silence? Que signifie exactement cette discrétion exemplaire, sinon, de la part d'autorités gouvernementales, un refus délibéré d'ordonner, par voie réglementaire, l'ensemble de l'organisation médicale en CLSC et l'articulation

de celle-ci avec les autres composantes de ce type d'établissement?

Ni la fédération, ni les médecins visés ne sauraient, par leur inertie ou leur acquiescement, permettre que l'organisation médicale en CLSC, ou partie de celle-ci, ne soit laissée, dans cette catégorie d'établissement, à l'arbitraire des autorités locales.

Dans les CLSC où oeuvrent au moins trois mais moins de cinq médecins, la structure médicale appropriée devrait s'inspirer de l'approche retenue en centre d'accueil et d'hébergement. La réglementation ne saurait, à ce chapitre, demeurer muette. Cette insistance de la fédération et des médecins exerçant leur profession en CLSC n'a rien de surprenant, bien au contraire.

Ce mémoire a déjà traité de la tentation de certains gestionnaires du réseau des affaires sociales d'expurger leur établissement de toute structure d'ordre médical. Cette idéologie se vérifie trop souvent, malheureusement, dans certains établissements du réseau des CLSC.

En annexe 1 du présent mémoire, la fédération soumet d'ailleurs certains extraits du mémoire que la fédération des CLSC a présenté relativement au projet de loi no 27. Bien que les extraits en cause ne soient pas tous reliés directement au sujet débattu, ils sont néanmoins révélateurs d'un état d'esprit, et ce d'autant plus qu'ils émanent de l'organisme représentatif de cette catégorie d'établissements.

Quant aux modifications spécifiques que la fédération entend proposer en rapport avec les articles 79 et suivants du projet de réglementation soumis, la fédération rappelle que les modifications qu'elle entend proposer visent également, outre les CLSC, les centres de réadaptation.

Dans cette optique, à l'égard des motifs énoncés aux sections B et C du présent chapitre, la fédération propose donc que la section V des règlements soit remplacée par la nouvelle section V suivante: "Service médical dans les CLSC et dans les centres d'accueil.

"79. Le plan d'organisation d'un établissement visé à la présente section où au moins trois médecins exercent leur profession doit prévoir la formation d'un service médical lorsque l'établissement n'a pas déjà institué un conseil des médecins et dentistes.

"80. Le conseil d'administration d'un établissement visé à la présente section doit nommer annuellement, sur recommandation du CMD ou, à défaut du service médical, un médecin responsable des soins médicaux.

"81. Sous l'autorité directe du conseil d'administration, le médecin responsable des soins médicaux exerce les fonctions suivantes:

"1) Assurer que la dispensation des soins médicaux est conforme au besoin des

bénéficiaires;

"2) Voir à ce que soient faits le contrôle et l'appréciation des actes médicaux dans l'établissement à l'égard:

"a) de la répartition des tâches entre les médecins;

"b) du maintien de la compétence des médecins;

"c) des modalités d'attribution de garde aux médecins;

"d) du maintien de la discipline des médecins.

"82. Le service médical est composé des médecins et pharmaciens exerçant leur profession dans l'établissement.

"83. Les pouvoirs et prérogatives du CMD d'un établissement visé à la présente section sont régis, mutatis mutandis, par les dispositions du chapitre VII des présents règlements. De la même façon, ces dispositions s'appliquent également au service médical lorsque celui-ci existe."

A noter enfin que la proposition d'amendement apparaissant à l'article 83 ci-dessus s'inspire et se fonde sur les motifs évoqués en annexe 2 du présent mémoire.

Eh bien, M. le Président, à ce stade-ci, je vous reporte à la page 3 de notre résumé, ce qui nous permettra d'accélérer la présentation de notre mémoire.

Le médecin. À ce chapitre la fédération traite de questions concernant avant tout le médecin. Celles-ci ne sont pas pour autant sans intérêt pour le bénéficiaire de soins de santé.

Ainsi, relativement au statut du médecin (article 89) la fédération propose un resserrement de la définition de médecin associé. En outre, elle propose la réintroduction du statut de médecin visiteur et, transposant cette notion au niveau des CHSP et des CEH, elle souligne qu'un recours à ce statut permettrait d'articuler, dans ces établissements, les modes généraux de rémunération: vacation et honoraires fixes, susceptibles d'être implantés avec le droit qu'à un bénéficiaire au médecin de son choix.

En matière disciplinaire, la fédération propose une révision des articles 105 et 106 du projet de réglementation soumis de façon que les dispositions visées précisent les sanctions susceptibles d'être imposées à un médecin, tout en garantissant à celui-ci l'exercice du droit d'être alors entendu.

Enfin en regard des articles 25, 26 et 34 de la réglementation soumise pour étude, dispositions traitant de l'admission des bénéficiaires en centre hospitalier, en CHSP ou en CEH, la fédération suggère certaines modifications à ces dispositions, modifications qui, ayant pour objet une clarification du rôle qui devrait alors incomber à tout médecin, auraient pour effet de bonifier et d'accélérer le processus d'administration et d'inscription dans les établissements visés.

Dans la rédaction et la présentation de son mémoire, la fédération a été animée du désir de participer activement à l'élaboration d'une réglementation qui, en application de la loi 27, puisse ultimement se traduire par une amélioration de la qualité des services qui, au Québec, sont dispensés aux bénéficiaires des soins de santé.

Dans son mémoire, c'est ce que la fédération rappelle aux membres de la commission parlementaire permanente des affaires sociales en les priant de donner suite, comme il se doit, aux commentaires et recommandations qui y sont contenus.

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

M. Johnson (Anjou): Merci Dr Richer de votre mémoire fouillé et passablement précis sur le plan des suggestions de modifications au règlement que vous nous proposez.

Je voudrais aussi souligner la cohérence de votre approche, même si je trouve qu'à l'occasion le ton est un peu revendicateur, mais cela fait partie, après tout, de vos fonctions.

J'aurais quelques éléments sur lesquels je voudrais vous entendre en particulier. Uniquement aux fins de simplifier et de bien situer le cadre de notre discussion, je vais me référer à des textes que nous avons déjà, qui ont été proposés par exemple dans d'autres mémoires - je pense notamment au mémoire de la corporation - au sujet de la définition des départements de médecine générale ou de leur présence. La corporation suggère qu'à 67, par exemple, plutôt que de dire, à l'exception des centres hospitaliers mentionnés à l'annexe 4, "le plan d'organisation d'un centre hospitalier de soins de courte durée doit prévoir la formation d'un département clinique de médecine générale; le plan d'organisation peut prévoir que le département clinique de médecine générale comprend les services d'urgence, les cliniques externes de soins généraux et les soins prolongés."

Ce que la corporation nous suggère à cet article. Elle reprend essentiellement le premier paragraphe de la même façon et le deuxième paragraphe dit: "ce département "doit" - ici on peut avoir une discussion sur le "doit" ou le "peut", je sais que cet aspect-là vous le soulevez - ce département doit assumer entre autres la responsabilité des soins de première ligne fournis par un médecin à la clinique d'urgence et aux cliniques externes de soins généraux du centre; il peut aussi assumer les responsabilités de soins prolongés."

Ce que je trouve assez important, c'est que je regarde vos textes, puis je regarde le nôtre, je regarde celui de la corporation - et on va voir celui de la FMSQ cet après-midi - dans nos cas, on parle de chaque acte, si

on pense à 66; la corporation a tendance à parler d'exercice de la profession et vous, vous évoquez la notion d'activité médicale.

Je pense que la question de base qui se pose autour de 66, 67 c'est la définition même de ce qu'est un département clinique d'une part; deuxièmement, le "doit" par opposition au "peut"; et troisièmement comment en arriver à cerner l'activité? Est-ce à travers la notion d'actes, d'exercice professionnel d'activités médicales. J'aimerais vous entendre élaborer, vous et vos collègues, sur cet ensemble.

M. Richer: Très bien, M. le ministre. Je vais essayer de détailler ce qu'est pour nous un département clinique de médecine générale. Notre insistance à vouloir absolument être déterminé, désigné comme département clinique, vient du fait tout simplement qu'un omnipraticien dans un centre hospitalier, quand il livre des soins de santé, le fait dans le cadre de la médecine clinique, c'est-à-dire que quand je traite un infarctus ou un coma toxique à l'hôpital, comme omnipraticien, j'ai l'impression de faire de la médecine clinique et non pas de la médecine de type administratif. Alors c'est notre volonté, si vous voulez, d'être désignés dans un département clinique en concordance avec le statut de n'importe quel autre département clinique dans l'hôpital.

11 heures)

La vocation première de l'omnipraticien - c'est ce qu'on nous apprend à l'université - au fond, c'est de faire de la médecine de première ligne. La première ligne, cela veut dire que le médecin omnipraticien est là au moment du premier contact avec le malade, quelle que soit sa maladie. On pense que c'est le rôle à peu près exclusif de l'omnipraticien d'assurer cette médecine de première ligne. D'ailleurs, c'est le médecin omnipraticien qui permet d'avoir des soins dans tous les centres hospitaliers du Québec par sa présence, si vous voulez, en première ligne. Je pense que le médecin spécialisé doit assurer la deuxième ligne et la troisième ligne; c'est son rôle c'est ce pour quoi il est formé.

Le médecin de première ligne pratique particulièrement à l'urgence - par définition, à l'urgence, c'est le contact avec la porte d'entrée de l'hôpital, si vous voulez; donc c'est la médecine de première ligne - aux cliniques externes de soins généraux; et si on inclut les unités de soins prolongés, la gériatrie ou la gérontologie, peu importent les termes - le concept recouvert, je pense que c'est celui-là - c'est parce que pour le moment en tout cas, ici au Québec, la gériatrie, c'est de la médecine de première ligne, encore une fois, qui demeure non seulement un contact quotidien avec les médecins - vous savez comment les gens âgés sont délicats de ce côté-là - mais aussi

une continuité de soins que les omnipraticiens, par leur vocation, par la définition de leurs tâches, si vous voulez, sont, je ne dirais pas les seuls - je ne dis pas qu'ils sont exclusivement capables de le faire - mais je dis que les omnipraticiens, ça relève de leur tâche principalement de rendre ces soins-là.

Alors, c'est pour ça qu'on souhaite que le département de la médecine générale soit décrit comme un département clinique. C'est parce que c'est en concordance avec l'activité médicale qu'on fait à l'hôpital.

Deuxièmement, on souhaite que notre vocation soit précisée dans les règlements parce que, encore là, c'est une photographie de la réalité actuelle dans plus de 95% des hôpitaux actuellement au Québec et ce, depuis longtemps.

Les soins à l'urgence et à la clinique externe, M. le ministre, par votre remarque la corporation admet qu'ils doivent être inscrits dans la vocation. Nous, on va un petit peu plus loin. On pense que la gériatrie ou la gérontologie, parce que c'est de la médecine de première ligne, doit être inscrite au département de médecine générale.

Maintenant, comme je vous le dis, on ne revendique pas l'exclusivité de cette pratique. S'il y a de nos confrères spécialistes qui pratiquent en gériatrie, par goût, par formation, ils seront les bienvenus, exactement comme ils le seraient d'ailleurs s'ils le souhaitaient, au service d'urgence ou au service de clinique externe de soins généraux; ils le sont en gériatrie et ils pratiqueront, à ce moment-là, dans un service qui sera dirigé par un chef de département de médecine générale, exactement comme l'omnipraticien. Chacun de nous le fait très fréquemment. Quand on fait de l'obstétrique, par exemple, on va dans un autre département pratiquer sous l'autorité d'un chef de département spécialisé et cela ne pose aucun problème dans la gestion courante, si vous voulez, des différents départements dans l'hôpital.

Je ne sais pas si je suis assez clair dans mes réponses ou s'il y a de mes collègues qui veulent ajouter quelque chose.

M. Gagnon (Georges-Henri): Je pense que le président a été très clair. C'est exactement la réalité des choses qui se produit dans les milieux hospitaliers; peut-être plus en régions éloignées mais je pense que cela se produit partout, dans tous les hôpitaux du Québec comme ça. C'est clair, mais s'il y a d'autres questions, on pourra y répondre.

M. Johnson (Anjou): Je pense que vous nous avez situé le contexte. On va attendre la Fédération des médecins spécialistes cet après-midi pour nous décrire cela à sa façon

aussi. Je ne sais pas s'ils vont pouvoir revendiquer la réalité comme vous le faites. On comprend bien cependant - je veux juste être sûr qu'on clarifie - que dans la mesure où les règles de soins ont un caractère unique, il n'y a pas de problème à avoir un département clinique de médecine générale. C'est bien évident.

Quant à la dimension de l'aspect facultatif que vous dénoncez avec véhémence et quelques autres mots qui m'ont frappé, on évite de confier à des unités de soins polyvalentes à un département. C'est pour ça qu'on ne parle pas des unités de soins.

On évite de confier, par règlement, les soins intensifs ou le bloc opératoire aux chirurgiens, par exemple. Et c'est, encore une fois, à cause de l'aspect polyvalent de ces unités-là et d'une immense diversité sur un territoire.

Je prends l'exemple de l'hôpital Saint-Laurent, à Montréal. Si je ne me trompe pas, à l'hôpital Saint-Laurent de Montréal, les omnipraticiens ont la responsabilité des soins intensifs, ce qui est assez exceptionnel, ce qu'on retrouve très rarement ailleurs, à ma connaissance; en tout cas, sûrement pas dans les milieux de médecine universitaire.

La formule que propose la corporation me paraît intéressante en ce sens. Est-ce que vous réagissez, d'une façon générale, assez favorablement à la formule que propose la corporation ou si vous pensez que vous devez vous en tenir à la vôtre? Je ne vous demande pas de trancher d'une façon définitive dans notre échange, mais quels sont les aspects intéressants de la formule de la corporation, à vos yeux?

M. Richer: Je pense que la corporation reconnaît que la vocation du département de médecine générale devrait au moins être bien déterminée en ce qui a trait au service d'urgence et au service de soins généraux en clinique externe. Sa position quant à l'unité de soins prolongés, c'est probablement à cause du qualificatif lui-même. On l'a appelée "unité de soins prolongés" dans certains établissements; on l'a appelée, dans plusieurs autres, un service de gériatrie ou de gérontologie.

En fait, notre prétention là-dessus, c'est que la nature des soins qui se donnent en unité de soins prolongés ou plutôt, dans notre cas, en service de gériatrie, ce sont des soins dits de première ligne. C'est pour ça qu'on souhaiterait que ce soit déterminé dans la vocation du département de médecine générale.

Il ne faut pas oublier non plus que ces soins-là doivent être donnés dans toute la province. Des gens âgés, il y en a partout; des gériatres, il n'y en a pas beaucoup, actuellement, au Québec. Les omnipraticiens démontrent un intérêt sûr dans la gériatrie et la preuve, les cours que le Dr DesRosiers

organise annuellement depuis plusieurs années, en gériatrie spécifiquement, qui sont toujours à guichet fermé. Ces cours-là sont suivis; donc, les omnipraticiens manifestent un intérêt à se former d'une façon continue après la réception de leur permis de pratique et ils doivent exercer partout en province. Nos ressources actuelles, comme profession médicale, ne nous permettraient pas... Autrement dit, on va créer une pénurie sur papier en confiant ça uniquement à ce qu'on pourrait appeler "des gériatres".

Nous pensons donc que c'est de la médecine de première ligne. Éventuellement, je ne nie pas qu'il puisse y avoir une spécialité en gériatrie; ce sera l'avenir de la médecine qui en décidera mais, pour le moment et peut-être pour les prochaines années, c'est de la médecine de première ligne. Nous avons l'effectif pour la délivrer, cette médecine; nous avons des gens qui sont intéressés, des gens qui se forment et nous avons des gens qui sont disponibles dans tous les CH du Québec. C'est pour ça, et en toute cohérence avec le système actuel, qu'on propose de prendre notre façon de voir le département de médecine générale plutôt que celle de la corporation, c'est-à-dire qu'on ajoute un petit peu à la corporation parce que, finalement, avec le "peut", la corporation admet que ça puisse être dans le département de médecine générale.

M. Johnson (Anjou): Je suis sûr que ce sera très instructif d'entendre le point de vue de la FMSQ sur le même sujet, cet après-midi. On va sans doute se rendre compte que les infirmiers et les infirmières auxiliaires, c'est de la petite bière à comparer à ce qui se passe entre les spécialistes et les omnipraticiens.

Je vous remercie de votre position très claire, je pense, sur ce sujet.

Deuxièmement, quant au comité consultatif, en gros, ce que vous nous dites, c'est ceci: On veut être sûrs d'être là. En ce sens, on vous ajoute à la liste de ceux qui seront invités dans les amphithéâtres qu'on va construire dans tous les hôpitaux pour avoir les réunions du comité consultatif. Je comprends cette préoccupation. Or, de la même façon et pour les mêmes raisons, je serais appelé à comprendre les préoccupations, par exemple, des médecins spécialistes qui nous demanderaient d'en faire partie même si, dans un hôpital, disons, sous-régional, un hôpital de premier niveau, il y avait un ou deux spécialistes et de quinze à vingt-cinq omnipraticiens. Les médecins spécialistes auront tendance à nous dire: On voudrait être au comité consultatif. Il reste que dans la mesure où il y a une telle chose, qu'un département de médecine générale et que, comme vous l'avez expliqué, dans la pratique, l'urgence, par exemple, est une porte d'entrée extrêmement importante

dans le système, je vois mal comment, de façon générale, il n'y aurait pas une présence de l'omnipratique au comité consultatif. Je ne dis pas qu'il ne pourrait pas y avoir des exceptions. Je pense à certains hôpitaux universitaires où l'omnipratique est ramenée à sa plus simple expression, administrativement comme autrement.

Ce qui m'amène à un autre sujet, au troisième, qui est ce que vous évoquez au sujet des unités d'enseignement. Je dirai deux choses là-dessus. La première, c'est que dans notre système québécois, depuis sa création, depuis les années soixante, un choix a été fait ici, contrairement à ce qu'on retrouve en Angleterre ou aux États-Unis, en se disant: L'omnipraticien a sa place dans l'hôpital. En Angleterre, l'omnipraticien n'a pas sa place dans l'hôpital, il est à l'extérieur de l'hôpital. Aux États-Unis, quand on regarde la composition des effectifs médicaux et la quantité de spécialistes par rapport aux omnipraticiens, à toutes fins utiles, il y a à peine 20% d'omnipraticiens, si je ne me trompe pas. Donc, les hôpitaux, c'est dans le fond, les boîtes des spécialistes. En Angleterre, c'est la même chose. Au Québec, on a choisi que l'hôpital soit une boîte mixte; je pense que ce choix est maintenu en termes d'orientation générale. Il est même consolidé dans certains secteurs. C'est ce qui fait que notre système a quelque chose d'un peu original peut-être.

Cependant, au niveau de l'enseignement de la médecine, la voie que nous choisissons pour toutes sortes de raisons dans lesquelles je ne veux pas entrer, à moins que vous n'y teniez, c'est la voie contractuelle avec l'université; c'est ce que la loi prévoit. Et elle prévoit que dans le cas des hôpitaux universitaires, il doit y avoir un contrat avec l'université. Plutôt que de référer à la voie réglementaire, on réfère vraiment à la voie contractuelle du contrat de services avec l'université. La seule chose qu'on impose, c'est la consultation qui doit être faite entre l'établissement et l'université pour les fins du choix du directeur du département universitaire.

On préfère persister dans cette voie. Je suis conscient que les omnipraticiens sont intéressés à l'enseignement. Je suis conscient d'ailleurs que souvent, de façon très informelle, de façon absolument informelle, les omnipraticiens participent au minimum à une certaine initiation des internes, si ce n'est des résidents, mais en général des internes, à ce qu'est la médecine d'urgence dans certains centres hospitaliers. Il n'en reste pas moins qu'à notre avis, il faut que ces questions se résolvent entre l'université et l'hôpital. Le ministère est extrêmement hésitant à intervenir par voie réglementaire là-dedans.

Quant au statut des médecins, la

deuxième chose sur laquelle je voulais vous entendre, là aussi on a eu quelques propos qui nous ont été suggérés par l'AHQ. Une réaction de la corporation semblait peut-être préliminaire à cela. Je pense que la proposition de l'Association des hôpitaux du Québec - encore une fois je ne dis pas qu'on va la retenir - est extrêmement intéressante. Elle est riche comme objet de discussion. Il s'agirait de catégoriser le statut, les statuts des médecins, pas seulement en fonction du fait de l'appartenance au CMD, ce qui reste une réalité de base cependant, et aussi en fonction de la pondération de l'activité en termes de temps de l'individu concerné par rapport à l'établissement, la notion de pratique subsidiaire clinique par opposition à la pratique principale dans l'établissement. Finalement, les notions de médecins-conseils et de médecins honoraires, ce qui nous appartiendra sans doute au bout d'un certain nombre d'années dans nos établissements respectifs.

Dr Richer, j'aimerais vous entendre sur la proposition de l'Association des hôpitaux du Québec.

M. Richer: Voici quelques commentaires à la suite de vos propos, M. le ministre. Il est certain que les omnipraticiens souhaitent être membres de facto du comité consultatif, à cause du libellé de l'article 17 qui est comme suit: "Outre le directeur général qui le préside, ce comité est composé de cadres supérieurs et de chefs - au pluriel - de département." Or, il n'y a qu'un chef de département omnipraticien dans un hôpital. Donc, il y aura nécessairement partout des chefs spécialistes. Sur ce point, on est totalement d'accord. Mais on voudrait être là de facto parce que dans beaucoup d'hôpitaux du Québec, probablement dans la majorité, il y a presque uniquement des départements de médecine générale actuellement. Il y a peu de spécialistes, mais même dans ces hôpitaux-là on agrée au fait que nos confrères spécialistes puissent faire partie de ce comité et le libellé même de l'article, s'il n'était pas modifié, par le pluriel si vous voulez, et par notre présence unique assure cette représentativité, de sorte que cela va être le seul commentaire qu'on souhaiterait faire.

(11 h 15)

Pour les unités d'enseignement, on pourrait peut-être demander au Dr DesRosiers, notre expert en formation continue, de faire part des réflexions de la fédération. Quant au statut, je demanderai à Me Chapados d'intervenir.

M. DesRosiers (Gilles): Je comprends, M. le ministre, votre approche de privilégier d'une certaine façon la concertation ou les contrats entre les centres hospitaliers et les universités pour les fins de la formation. Par

contre, on se rend compte actuellement, un peu comme on s'est rendu compte au cours des années, de la nécessité de mettre dans la réglementation spécifiquement un département clinique de médecine générale. La même perception actuellement nous oblige à demander de définir ou d'inclure cette unité par voie de réglementation, de la rattacher au département de médecine générale.

Pourquoi? D'une part, l'unité d'enseignement a été créée pour permettre la formation spécifique des différentes catégories de médecins spécialistes ou généralistes. C'est une unité d'apprentissage qui veut reproduire, en partie, le milieu où aura à exercer le futur professionnel médecin, soit le cardiologue en un milieu de cardiologie. De façon tout à fait spontanée, naturelle et logique, il n'y a aucun problème; je pense que ce ne sont même pas des contrats d'affiliation qui disent que l'unité de cardiologie d'enseignement doit être rattachée au département de cardiologie, de même que l'unité de chirurgie... Et je pourrais poursuivre cette nomenclature pour toutes les spécialités.

Il n'en est pas de même pour l'unité de médecine familiale ou l'unité d'enseignement clinique en médecine générale. Certains ont tendance à la rattacher à d'autres unités, départements cliniques qu'à un département de médecine générale. À ce moment-là, la vocation première de cette unité, qui est de reproduire le milieu dans lequel exercera le futur médecin, de trouver un endroit où le professeur clinicien est en contact avec le praticien de la même discipline, n'existerait pas. Donc, pour nous, il est essentiel de déterminer par réglementation le rattachement de l'unité qui forme des médecins omnipraticiens au département clinique de médecine générale avec la même logique, le même naturel que se fait le rattachement des autres unités aux autres départements cliniques sans que ce soit spécifié nulle part. Mais en médecine générale, malheureusement, on a vécu le passé, par rapport au département d'omnipraticien et actuellement, dans l'enseignement, on voudrait bien qu'il n'y ait pas d'ambiguïté parce que l'implication des médecins omnipraticiens en formation est présente depuis quelques années et excessivement présente et, nécessairement, sera appelée à se développer vu que 50% des étudiants et peut-être plus s'orienteront vers la médecine générale.

M. Johnson (Anjou): Merci, Dr DesRosiers.

M. Richer: J'ajouterais peut-être, M. le ministre, que - disons que j'ai fait mon cours de médecine dans des temps immémoriaux à la fin des années cinquante - pendant mon

internat je n'ai jamais rencontré un autre médecin omnipraticien. Je pense que c'est une formation déficiente que j'ai eu en termes, je ne dirais pas en termes scientifiques, mais en termes d'apprendre ce que c'est la médecine générale, c'est-à-dire une médecine qu'on veut rendre plus humaine, une médecine qui se veut d'abord centrée sur l'approche globale du patient pour essayer d'être capable de pratiquer notre art, si vous voulez. Or, pendant mon internat, je n'ai eu que des stages multidisciplinaires, si vous voulez. Je ne nie pas complètement l'utilité de tenir des écarteurs pendant une intervention chirurgicale pour la formation d'un omnipraticien, mais je pense qu'il y a d'autres stages beaucoup plus importants que celui-là. Par exemple, assister à une entrevue d'un patient faite par un confrère omnipraticien dans un milieu d'omnipraticiens qui, la plupart du temps, est le cabinet, ou une clinique ou un CLSC. Ceci devrait faire partie de la formation d'un omnipraticien, de la formation prédoctorale, et c'est dans ce cadre qu'on tente de faire inscrire, par voie réglementaire, que l'unité d'enseignement devrait être la responsabilité du département de médecine générale, l'unité d'enseignement pour les omnipraticiens. Encore là, on ne revendique pas, bien sûr, il faut que ce soit bien clair, l'exclusivité dans la tâche de la formation de nos confrères omnipraticiens. C'est sûr qu'on veut que l'ensemble de la profession participe à ça. Dans quelle proportion? Peu importe, on ne se chicanera pas gros là-dessus, mais on souhaite, par exemple, avoir une structure clairement déterminée par voie réglementaire dans un centre hospitalier où les médecins omnipraticiens pourront aller apprendre à faire leur futur métier d'omnipraticien. On pense qu'il n'y a rien de mieux qu'un briqueteur pour montrer à un autre briqueteur comment poser de la brique. C'est dans cette logique, dans cette cohérence, si vous voulez, qu'on demande ça.

M. Gagnon (Georges-Henri): Peut-être ajouterai-je un mot là-dessus en disant que cette formation est très importante. Dans l'approche globale du patient, un questionnaire adéquat et un examen adéquat pourraient diminuer de beaucoup certains examens de laboratoire et des choses comme ça qui se font parfois à outrance depuis ces dernières années. Souvent, avec un bon questionnaire, un examen physique complet, on peut arriver, dans 75% des cas, à avoir déjà une bonne idée du diagnostic avant de commencer à faire des examens de laboratoire et autres. C'est très important pour l'approche globale du patient.

M. Johnson (Anjou): Un dernier commentaire à partir de la planche que vous

m'offrez. Si je comprends bien, il y a un avenir pour l'enseignement, pour des stages d'internat dans les CLSC, dans la mesure où il y a plus de cinq médecins dans le CLSC.

Compte tenu de l'état actuel de la loi, est-ce que - soit dit en passant - ça ne se développe pas justement au niveau de l'internat ou de la résidence, en médecine familiale évidemment? Enfin, pour une deuxième année d'internat, si on veut, est-ce que ça ne se développe pas, Dr Rodrigue, dans le cas de certains CLSC?

M. Rodrigue (Jean): Bien, c'est-à-dire qu'il y a des CLSC où il se fait de l'enseignement, sauf qu'il se fait dans des structures qui sont assez difficiles parce qu'il n'y a pas de reconnaissance universitaire, et puis les stages qui sont faits sont toujours faits de façon élective. Par exemple, si chez nous on offre des stages, un mois de stage aux internes, sur douze stages possibles, on réussit rarement à remplir ce que les universitaires appellent des "slots". On ne réussit jamais à remplir nos "slots", tout simplement parce que les spécialistes ou encore d'autres milieux universitaires disent aux internes: Ce n'est pas la place où il faut aller, il faut vraiment apprendre la vraie médecine dans les hôpitaux. Je pense que pour les omnipraticiens, autant ceux des CLSC que ceux qui sont en pratique privée, on est bien conscient que c'est un milieu privilégié, la pratique à l'extérieur des hôpitaux, tout simplement parce que la grande majorité des informations que le médecin omnipraticien fait, il les fait en dehors de l'hôpital. L'autre chose qui arrive aussi, c'est qu'il y a toute la question de la continuité des soins, à laquelle nous sommes sensibles. Il nous apparaît, autant pour les soins prolongés que dans les autres situations, que les médecins omnipraticiens non seulement traitent un individu, mais le traitent plusieurs fois dans sa vie. Ils le traitent dans plusieurs établissements. Il pourrait même arriver que des gens dans la pratique privée le traitent dans les CLSC, si les règlements le permettent. Et puis je pense qu'à ce moment-là il y a beaucoup d'autres possibilités qui font que le médecin omnipraticien est présent à l'intérieur d'une famille ou d'une communauté. Ce qui est une condition absolument privilégiée dont on voudrait faire profiter les internes et les résidents. Mais dire qu'actuellement il y a des stages dans les CLSC ou dans certaines polycliniques - par exemple, à Cap-Rouge, ici, il y a des stages pour les internes et les résidents de médecine familiale; il y en a à la clinique médicale de Sainte-Foy - c'est une chose; c'est une autre chose de dire que les stages de médecine générale font vraiment partie intégrante d'un programme de formation de l'interne puis du résident.

M. Johnson (Anjou): En somme, à ce niveau-là, on peut dire qu'on est au début pour ne pas dire au balbutiement de quelque chose qui pourrait devenir une tradition. C'est un peu le cas de la gériatrie aussi, qui est la dernière chose dont je vais traiter rapidement.

Les soins prolongés en milieu de médecine aiguë, d'hôpitaux à CHCD ne sont pas nécessairement des unités de soins actifs gériatriques. Je ne suis pas sûr si j'ai bien saisi que dans votre exposé vous faisiez tout le temps la distinction. Je pense qu'on a parlé des uns et des autres indistinctement en cours de route. Est-ce que vous pourriez y revenir rapidement?

M. Richer: Dans une unité de soins actifs, donc ce serait à ce moment-là un service de gériatrie. Entendons-nous bien pour employer le même niveau de langage, c'est encore de la médecine de première ligne. Ce service de gériatrie devrait être rattaché au département de médecine générale en vertu du principe que c'est de la médecine de première ligne et qu'on a des médecins qui peuvent distribuer ces services partout dans le réseau des hôpitaux du Québec, des médecins qui sont intéressés et qui vont se former en formation continue par des cours qui sont organisés, entre autres par la fédération, mais on n'a pas l'exclusivité, heureusement, de l'organisation de ces cours. Alors, bien spécifiquement, le service de gériatrie, donc un service de soins actifs, devrait, à notre idée, être rattaché au département de médecine générale.

Quant aux unités de soins prolongés, elles le sont dans les faits, comme vous le savez, M. le ministre. En général, presque partout au Québec les unités de soins prolongés sont à peu près l'apanage exclusif des médecins omnipraticiens. Donc on revendique de continuer à s'occuper de ça; on a acquis une bonne expérience là-dedans et personne ne nous dispute d'ailleurs ce champ d'activité.

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

Mme Lavoie-Roux: Merci M. le Président. Je pense que le ministre a fait pas mal le tour du jardin, comme on dit. Ma question va s'adresser au ministre, vu qu'il vous a beaucoup questionné. Il semble qu'une grande partie de votre inquiétude - en page 11 - soit reliée au plan d'organisation qui peut prévoir que le département clinique de médecine générale comprend les services d'urgence, la clinique externe... Enfin, c'est le mot "pouvoir" plutôt que "devoir". C'est peut-être celui-là qu'on pourrait mettre. Est-ce que le ministre peut nous dire pourquoi il a retenu le mot "pouvoir"? Est-ce parce qu'il attend l'opinion de la Fédération des

médecins spécialistes du Québec ou est-ce qu'il a voulu faire une différence peut-être, quoiqu'elle n'est pas faite dans la réglementation, entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux universitaires? Qu'est-ce que c'est? Cela n'a pas été mis là par hasard.

M. Johnson (Anjou): Oui. Il y a bien des raisons. La première, c'est qu'il fallait bien partir de quelque chose pour voir comment les gens réagissaient. Deuxièmement, on veut, dans la mesure du possible, que la réglementation ait la souplesse nécessaire, pour permettre aux réalités locales de s'adapter à ça. On est conscient qu'on est dans un univers où les traditions du milieu sont très très différentes selon le type d'établissement.

Je dois dire qu'à l'origine, on envisageait de faire une distinction entre les hôpitaux dits universitaires et les autres etc.. On a eu de longues discussions avec la corporation, avec les fédérations etc. Finalement on a retenu l'approche qui dit: dans le fond, le département de médecine générale, ça devrait être une espèce de règle; "y compris", dans le fond, ça couvre comme possibilité les milieux universitaires. Entre ça et l'imposer par un "doit", qui ne refléterait pas nécessairement tout à fait ce qui se passe dans certains milieux, et, d'autre part, ne rien dire ou introduire des distinctions qui feraient qu'on exclue le département de médecine générale de certains établissements, on a choisi une voie qui, encore une fois, pour l'esprit, n'est pas absolument satisfaisante, mais qui nous apparaît un peu plus empirique.

Cependant, je trouve que dans les mémoires qui nous ont été soumis, même si on a pu remarquer une certaine polarisation qu'on serait à même de constater cet après-midi, en tout cas une attitude de balancier où les gens se situent vraiment aux antipodes, il reste que je pense aussi que l'approche de la corporation est une synthèse assez intéressante. J'ai trouvé assez remarquable d'ailleurs qu'elle retienne beaucoup des expressions qu'on avait utilisées. Je pense qu'il faut, en d'autres termes, à ce stade-ci, au moment où ça commence, permettre une certaine souplesse. Par contre, d'affirmer et de réaffirmer d'une certaine façon la place nécessaire et obligatoire, à notre avis, que doit avoir la notion de la médecine générale dans nos hôpitaux, c'est un choix fait dans notre système de santé depuis plusieurs années et il faut le confirmer. Il y a de la place pour l'omnipraticien dans les hôpitaux. Il ne faut pas percevoir les hôpitaux comme étant strictement l'apanage des spécialités.

Il faut tenir compte aussi du fait que le Québec, encore une fois, est probablement l'un des endroits au monde où il y a le plus d'hôpitaux universitaires par pied carré ou

enfin où les pieds carrés occupés par les hôpitaux universitaires sont les plus importants, compte tenu de notre population, à territoire égal, pour toutes sortes de raisons d'ordre culturel, historique, du développement de quatre facultés de médecine au Québec etc. et que ça, dans le fond, ça renforce dans bien des cas, la notion que certains hôpitaux ont, celle de se percevoir comme étant, à toutes fins utiles, des hôpitaux de spécialités.

(11 h 30)

L'affirmation qu'on choisit dans la réglementation, celle de dire: "Il y a des départements de médecine générale partout", tend à dire: Oui, mais il y a une limite à cela quand même, même dans le cas des hôpitaux universitaires.

Le facultatif est là pour tenir compte du fait d'une certaine réalité, d'une dominance réelle des spécialités dans certains milieux, que l'on s'est donnée et puis qui correspond encore une fois à l'histoire et à la réalité de ce qui est vécu.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, j'aimerais poser une question au Dr Richer: Est-ce que par rapport à ce qui existait, ce n'est pas une confirmation quand même plus grande de la place de l'omnipraticien à l'intérieur des hôpitaux? Où sont vos plus fortes réticences? Évidemment peut-être que certains n'en créeront pas ou que certains ne le feront pas, mais est-ce que ça n'indique pas quand même un pas en avant par rapport aux omnipraticiens?

M. Richer: Oui, c'est clair.

On est bien conscient que vraiment, il y a une amélioration dans le libellé actuel sur la définition de la vocation par rapport à ce que c'était antérieurement.

Juste une chose. On parle des hôpitaux universitaires, par exemple, pour décrire que peut-être là, il ne devrait pas y avoir de service d'urgence dans le département de médecine générale. Et nous on insiste, on pense qu'un hôpital universitaire qui n'a pas un département de médecine générale est déficient. Pourquoi? Parce qu'un hôpital universitaire, c'est en général pour traiter des cas plus lourds, premièrement, parce que c'est un hôpital superspécialisé, mais deuxièmement c'est aussi pour faire de l'enseignement. C'est un des deux pôles d'actions d'un hôpital universitaire. L'enseignement à la clinique d'urgence, qui sera la vocation de futurs omnipraticiens, on pense devoir y participer. C'est pour cela qu'on voudrait être dans les hôpitaux universitaires. On est dans presque tous les hôpitaux universitaires actuellement et depuis très très longtemps. On ne souhaite pas en ressortir. On ne souhaite pas laisser non plus à la discrétion, pour ne pas arriver à des incohérences tout simplement, des hôpitaux

de créer des départements qui pourraient être le département d'urgence. Pourquoi? On l'a vécu dans le passé, on l'a vécu il n'y a pas très longtemps; on a été obligé d'aller en arbitrage avec cela. On a gagné notre arbitrage, mais ce n'est pas agréable d'aller en arbitrage pour faire défaire un département d'urgence dans un hôpital de Montréal, alors qu'on l'assumait très bien. Cela créé évidemment des tensions entre les omnipraticiens du département de l'urgence et les omnipraticiens du service de l'urgence du département de médecine générale. On pense que le règlement doit vraiment photographier puis entourer la réalité telle qu'elle est.

Il y a des incohérences dans le système actuellement. Prenez l'hôpital Maisonneuve à Rosemont, c'est une grosse boîte, c'est universitaire. Il y a un service de médecine générale, parce qu'il y a un département de santé communautaire - c'est une autre des incohérences de l'ancien règlement - il y a des omnipraticiens qui assument l'urgence 24 heures par jour, sauf que de 8 heures le matin, à 16 heures l'après-midi, ils n'ont des privilèges qu'en médecine. Donc, les cas lourds, les cas longs, les cas pas payants - il faut bien le dire - à partir de 16 heures l'après-midi, donc jusqu'à 8 heures le lendemain matin, ils ont des privilèges en chirurgie. Ils ont des privilèges en traumatologie. On trouve que c'est incohérent. C'est du "cheap labor". Évidemment, on se refuse à cela. On est en 1983, avec le respect de la dignité de tout le monde, le statut de l'égalité. On veut que l'hôpital Maisonneuve à Rosemont fonctionne, mais possède des privilèges identiques 24 heures par jour. Notre capacité d'agir, ce n'est pas en termes d'heures.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que c'est un cas isolé, quand vous parlez des grands hôpitaux, une situation comme celle-là, où il y a des chiffres - excusez le terme populaire - en termes d'utilisation par les omnipraticiens et par les spécialistes ou si c'est une règle assez répandue.

M. Richer: Non, c'est un cas isolé, Mme Lavoie-Roux. Seulement, c'est une grosse boîte, cela touche un certain nombre d'omnipraticiens. Il y a d'autres hôpitaux universitaires, un petit nombre, fort heureusement, qui n'ont pas du tout de département de médecine générale. C'est à leur détriment, actuellement. C'est pour cela que je suggère bien humblement à la commission que dans chaque CHCD de la province, il devrait y avoir un département de médecine générale avec une vocation bien spécifique, c'est-à-dire de faire de la médecine générale qui, pour nous autres, s'appelle au moins la médecine de première ligne: urgence, clinique externe et gériatrie.

Mme Lavoie-Roux: Êtes-vous capable de me donner un pourcentage des CHCD qui n'en auraient pas?

M. Richer: C'est moins de 5%.

Mme Lavoie-Roux: Au sujet des admissions, je pense que c'est à l'article 34, vous demandez que le médecin traitant puisse faire une demande d'admission directement à l'établissement sans passer par les CLSC ou les CRSSS. Est-ce que j'ai bien compris?

M. Richer: Oui.

Mme Lavoie-Roux: Quelle est la raison de cette demande? Parce que, d'autre part, vous semblez reconnaître le rôle de coordination du CRSSS.

M. Richer: Je demanderais au Dr Rodrigue de répondre à cette question.

M. Rodrigue (Jean): C'est parce que, finalement, les omnipraticiens avaient la perception que, quand on a un patient qu'on suit depuis plusieurs années, on est très bien placé pour compléter un formulaire. Puis nous, les médecins de CLSC on a été pris dans plusieurs CLSC, à être obligés de remplir un formulaire qui s'appelle le CTMSP, sans connaître le patient, sans connaître le médecin traitant. On a été placé dans des situations où on ne pouvait pas évaluer, comme omnipraticiens, la situation d'un patient aussi bien que le médecin traitant lui-même.

On en a discuté au niveau du bureau, au niveau des différents groupes d'omnipraticiens. Il nous apparaît beaucoup plus logique que le médecin traitant remplisse le formulaire et que ce formulaire soit considéré sur le plan médical comme le formulaire définitif. On ne voit pas comment un autre médecin omnipraticien pourrait réévaluer un formulaire sur le strict plan de l'omnipraticien. Il peut l'évaluer sur le plan administratif ou des choses comme cela. À ce moment-là, il ne fait pas un travail d'omnipraticien. On pense que, sur le strict plan de l'évaluation médicale, c'est le médecin traitant qui connaît la famille, qui connaît toute la situation, qui est le mieux placé pour présenter une demande sur un plan médical à l'organisme qui s'en occupe.

On ne voit pas comment cela devrait être doublé par un autre omnipraticien qui ferait une autre évaluation sans connaître le patient, sans connaître le milieu. Par exemple, j'ai été placé dans une situation dernièrement où une demande a été évaluée pour le placement d'une dame âgée, sans tenir compte de la situation familiale qu'elle vivait. Comme médecin traitant, je savais très bien quelle situation familiale la

personne vivait. La raison de l'hospitalisation était d'ordre familial. Je le savais comme médecin traitant. Le travailleur social ne le savait pas, l'infirmière ne le savait pas non plus et le médecin qui était au comité de sélection ne le savait pas non plus.

À ce moment-là ils ont fait une évaluation qui ne tenait pas compte des connaissances que j'avais, moi, comme médecin traitant.

Les revendications qu'on vous propose à cet effet, je vous rappelle qu'on en propose aussi au niveau des CLSC. Je n'ai pas eu beaucoup de questions jusqu'à maintenant mais je serai ici quelques minutes encore si vous me le permettez.

Mme Lavoie-Roux: Je vais revenir là-dessus. Ce sera ma prochaine question.

M. Rodrigue (Jean): À cet effet, la question qu'on pose au sujet des demandes d'admission n'est pas pour court-circuiter le réseau des affaires sociales, c'est seulement pour affirmer de la façon la plus ferme possible que le médecin omnipraticien, qui est le médecin traitant, est le mieux placé pour évaluer la condition médicale, c'est-à-dire psycho-physique d'un individu, et faire les recommandations en conséquence à l'organisme qui doit régir les admissions.

L'autre élément aussi, c'est que dans la plupart des CLSC, souvent, cela peut arriver dans certains milieux ruraux, mais dans beaucoup de milieux urbains les admissions se font à un niveau régional et non pas à un niveau strictement local. À ce moment-là on pense qu'il est important que le comité d'admission ait l'évaluation par le médecin traitant.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que vous excluez qu'il participe à cette évaluation tel que prévu dans le règlement? C'est l'infirmier ou l'infirmière et le travailleur social...

M. Rodrigue (Jean): Non.

Mme Lavoie-Roux: L'évaluation du médecin traitant ou de l'omnipraticien serait suffisante à vos yeux?

M. Rodrigue (Jean): On pense que l'évaluation médicale doit être parfaite par le médecin traitant. Cela ne nie pas la compétence des autres professionnels ni du réseau.

Mme Lavoie-Roux: Si cela allait directement à l'organisme qui coordonnerait, en l'occurrence le CRSSS, est-ce que cela devrait comprendre les trois éléments ou si l'évaluation médicale est suffisante à votre point de vue?

M. Rodrigue (Jean): Cela comprend les trois éléments.

M. Johnson (Anjou): C'est important, ce que vient de dire le Dr Rodrigue qui, en ce sens, reprend dans ses mots et à sa façon d'autres commentaires qui nous ont été faits avant.

Il y a peut-être une ambiguïté dans le texte tel qu'il existe. Nous ne voulons pas et nous ne signifions pas que l'évaluation de chaque patient doit être faite par un professionnel du CLSC. Ce qu'on dit, c'est que le réseau, pour que la demande chemine, doit passer par là. Ceci veut dire que le médecin traitant, par exemple, qu'il soit en pratique privée à l'hôpital ou ailleurs, l'omnipraticien qui a suivi un patient dans son milieu familial remplit la grille CTMSP et il y a toujours une place pour les commentaires, y compris sur la situation familiale.

Ce qu'on dit, c'est qu'une fois que le professionnel a porté son jugement, le cheminement de la demande doit passer par le CLSC, ce qui ne signifie pas que l'évaluation professionnelle doit passer par le CLSC.

Mme Lavoie-Roux: Ou qu'elle doit être refaite.

M. Johnson (Anjou): On précisera en cours de route, s'il le faut.

Mme Lavoie-Roux: Le CLSC sera une boîte aux lettres.

M. Johnson (Anjou): Il y a toute l'évaluation, la grille de la capacité pour le réseau de fournir le maintien des services à domicile et les ressources alternatives qu'on assume de façon transitoire, que ce soit à l'hôpital de convalescence ou ailleurs, où il y a d'autres ressources disponibles. Ce n'est pas le rôle de l'omnipraticien qui est à son bureau et qui connaît le problème; les ressources du milieu pour répondre à ce problème-là, il ne les connaît pas nécessairement de façon idéale. Lui, il constate qu'il faut que son patient soit hébergé ou que ça serait - entre guillemets - "préférable" qu'il soit hébergé.

En cours de route, on se rend compte qu'avec l'ensemble des données que l'on a, on peut lui permettre d'être gardé à domicile pendant une certaine période, jusqu'à ce qu'on puisse lui trouver une place. C'est pour ça qu'il faut que ça aille au CLSC.

Mme Lavoie-Roux: Ceci implique que le CLSC, jusqu'à un certain point, va refaire une évaluation qui aura déjà été faite. À moins qu'on ne la fasse qu'en regard des disponibilités du CLSC d'offrir des services à

domicile.

M. Johnson (Anjou): C'est un élément qui doit entrer en ligne de compte. Deuxièmement, il y a la pondération relative des demandes qui va se faire au niveau du comité ou du système que mettra sur pied chacune des régions ou des sous-régions.

Donc, il y a la pondération relative des demandes. Encore une fois, je voudrais préciser que notre objectif, ce n'est pas d'avoir des personnes grabataires chez elles, au deuxième étage, attendant que le postier frappe à la porte par hasard et insiste pour savoir si elles sont encore là. On doit faire en sorte qu'on puisse pondérer à partir des ressources que l'on a, sur le plan de l'hébergement, et utiliser au maximum ces ressources pour le maintien des services à domicile chez ceux chez qui ça peut être fait. Cela présuppose qu'on ait l'ensemble des données indiquant: Voici, sur 250 personnes, la notion - entre guillemets - de priorité, ce n'est pas le jugement que peut porter l'omnipraticien à lui seul. Lui, il voit un patient, il n'en voit pas 250.

Le comité, sur le plan régional ou sous-régional, avec le praticien médical, le praticien social et l'infirmière auront le rôle de pondérer ça. Le CLSC, dans ce contexte, doit voir dans quelle mesure il peut maximiser ses ressources de maintien des services à domicile là où cela s'applique, par définition.

Mme Lavoie-Roux: Sur ce point, c'est peut-être juste à l'épreuve qu'on le verra, mais il me reste quand même une inquiétude dans la tête. Autant je crois au bien-fondé d'examiner les possibilités de maintien des services à domicile ou des ressources alternatives, si on veut, il ne faudrait pas non plus que ce soit un dédale de plus qui retarde et qui fasse attendre les gens car on sait que les demandes... Je n'accuse personne de quoi que ce soit. C'est très très lent.

C'est déjà pénible pour les personnes âgées, pour les familles de suivre le processus ordinaire; à ce moment-là, on les oblige à recommencer un qui, finalement, va aboutir à la même chose. Il va falloir, en tout cas, que les articulations soient rapides et que ce soit bien fait, sans quoi, on va créer encore plus de frustrations et on ne résoudra peut-être pas tellement de problèmes à créer cette ligne intermédiaire. (11 h 45)

Ma dernière question est la suivante: Quels commentaires - je pense qu'ils sont assez analogues, finalement - sur votre place dans les centres d'accueil et votre place dans les CLSC? Cela m'a fait un peu rire de lire votre troisième paragraphe, article 79 qui se rapporte aux centres d'hébergement. Si c'était retenu tel quel cela constituerait une étape de servage déguisée pour les

membres de la profession médicale appelés à oeuvrer dans ce type d'établissement.

Hier soir, vous avez dû en entendre d'autres aussi qui se sentent malheureux de devenir possiblement en servage pour la profession médicale. Alors, c'est à peu près le même langage. J'aimerais que vous répondiez précisément à ma question relativement aux centres d'accueil. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas? On sait qu'il y a des centres d'accueil où il n'y a même pas de services médicaux. Mais dans la mesure où le plan d'organisation prévoit la formation d'un service médical là où il y a trois médecins qui pratiquent... Est-ce que ce n'est pas quelque chose qui vous satisfait par rapport à l'état actuel des choses? Également, je sais qu'au début, cela a été une cohabitation difficile entre les différents groupes des différentes professions des CLSC. Mais concrètement, quels sont les problèmes?

M. Richer: Je vais vous parler des centres d'accueil et je laisserai mon collègue, Jean, répondre au sujet des CLSC. La réglementation proposée sur le service médical dans un centre d'accueil nous satisfait pleinement. C'est exactement ce que la fédération, par l'entremise d'un document produit par le Dr DesRosiers, avait suggéré, vers 1980. Nous souhaitons que là où il y a trois médecins, il y ait un service médical avec un responsable de ce service médical qui agirait comme une sorte de chef de département. Ce responsable agirait sous l'autorité, non pas d'un DG, mais d'un conseil d'administration. C'est ce que traduit fidèlement le projet de règlement.

Donc nous sommes tout à fait d'accord avec ça. Le problème qu'on a, c'est dans les CLSC actuellement. Je laisserai Jean s'exprimer à cet égard car il connaît très bien ce dossier.

M. Rodrigue (Jean): Faudrait peut-être ajouter au centre d'accueil aussi ce que l'on discutait cette semaine. Il ne faut pas s'illusionner non plus; de plus en plus dans les centres d'accueil il y a des cas qui sont relativement lourds sur le plan médical, sur le plan infirmier aussi, je ne le nie pas, mais ça va être de plus en plus important de bien structurer dans les centres d'accueil les soins à donner aux patients de quelque ordre que ce soit.

Il arrive que la tradition médicale a fait... Il y a des conseils de médecins et dentistes où les services médicaux, dans la plupart des établissements... Nous pensons que la complicité des cas qui de plus en plus arrivent dans les centres d'accueil, va faire que ce service médical devra être très bien structuré en termes d'évaluation de l'acte médical, pour être à même de donner les meilleurs soins médicaux aux patients.

Auparavant, il y avait beaucoup de

centres d'accueil. Je me souviens, il y a dix ans, le centre d'accueil était une résidence pour les personnes âgées.

Pratiquement, il y avait beaucoup de personnes qui étaient très autonomes. Je m'aperçois actuellement, lorsque je fais ma tournée à chaque mois, que l'autonomie des personnes âgées dans les centres d'accueil a diminué de beaucoup et que les interventions que l'on doit faire sur le plan médical ont augmenté en termes de complexité. Tout simplement pour ajouter quelques mots à ce que le Dr Richer a dit par rapport aux centres d'accueil. Je vous remercie de vous intéresser au CLSC, Mme Lavoie-Roux.

M. Johnson (Anjou): Nous aussi on s'y intéresse.

Mme Lavoie-Roux: Vous n'êtes pas un peu supporté à l'intérieur du ministère, des CLSC.

M. Rodrigue (Jean): Je ne sais pas s'il y en a pour les omnipraticiens dans les CLSC, mais pour les réseaux, on le sait. J'entendais encore ce matin que le ministre avait annoncé un nouveau CLSC dans la région de Québec. Je pense que les réponses que l'on avait envie de donner, on les a données dans le rapport. Il y a une grande question c'est que le ministre a très bien fait le tour du jardin des hôpitaux, il a très bien affirmé qu'il y avait une place pour les omnipraticiens dans les hôpitaux. La question que l'on se pose quand on regarde les règlements c'est: pour le ministère, quelle est la place des omnipraticiens dans les CLSC? Parce que, finalement, je pense que le ministère ne peut pas ignorer les problèmes qu'il y a pour les omnipraticiens, pour l'exercice de l'omnipraticien dans les CLSC.

Si le ministre l'ignore, c'est parce qu'il ne se promène pas dans les CLSC, ou encore c'est parce qu'il n'invite pas l'association des médecins des CLSC de temps en temps comme consultants. Mais je pense qu'on ne peut pas ignorer les problèmes de la pratique de la médecine générale dans les CLSC.

Je ne comprends pas qu'il n'en soit fait mention dans les règlements. J'aimerais d'abord, si c'est possible, avoir une réponse du ministre là-dessus. Quel est le raisonnement? Je vous avoue que nous, les médecins de CLSC, étions estomaqués de voir...

Mme Lavoie-Roux: Avant que le ministre nous réponde, pourriez-vous répondre à ma question? J'ai un peu d'expérience, après quatre jours. Quand il commence à répondre...

Ce n'est pas un reproche, on a quelque peu convenu de cette approche au cours de cette commission parlementaire.

On a modifié la loi, je m'en souviens, au moment de la loi 27. Par exemple, au lieu d'exiger la présence de trois médecins, maintenant, on en exige cinq, pour former un conseil de médecins et dentistes. Vous réagissez à ça. On peut discuter à savoir s'il en faut trois ou cinq; il y a un peu d'arbitraire là-dedans, mais quels sont les points qui vous empêchent de bien fonctionner comme omnipraticiens dans les CLSC? C'est vraiment la question que je vous pose.

M. Rodrigue (Jean): D'abord, je vous rappellerai que c'est une proposition éclairée de votre parti qui a fait que, de cinq médecins dans les CLSC, on est descendu à trois.

Le problème important dont il faut se souvenir par rapport à l'organisation des CMD, des médecins dans les établissements est le suivant. Les médecins omnipraticiens exercent une profession qui est, on peut dire, spécifique, qui implique des transactions avec une clientèle, un assez grand nombre de patients. La tradition dans la société québécoise, les habitudes de consultation des gens font qu'ils vont d'emblée vers le médecin omnipraticien beaucoup plus facilement que vers un programme d'intervention ou encore vers les intervenants sociaux.

Ce n'est pas mépriser les autres intervenants, c'est simplement une situation qui fait que l'achalandage de l'omnipraticien est différent; ça correspond, finalement, à l'histoire du Québec.

Mme Lavoie-Roux: C'est plus facile d'être malade physiquement que d'être malade psychologiquement ou socialement.

M. Rodrigue (Jean): Je pense que c'est vrai. Si vous me permettez une parenthèse, je pense que c'est plus complexe d'être malade socialement parce qu'on est obligé d'intervenir avec beaucoup plus de thérapéutes, dans beaucoup plus de programmes. Donc, quelqu'un qui avoue un problème social est souvent obligé de se déculotter beaucoup plus "profondément", je dirais, que le strict fait de se déculotter.

Mme Lavoie-Roux: Je pensais pourtant que c'était pour la médecine.

M. Rodrigue (Jean): On en arrive à la conclusion que le médecin omnipraticien a un achalandage particulier. Dans un CLSC, même s'il y a une pratique multidisciplinaire, il n'en reste pas moins que la plupart des personnes interviennent individuellement. Elles n'interviennent pas toujours en groupe.

Quand je vois des personnes âgées, ou quand je fais du planning familial à mon bureau, on n'est pas quatre ou cinq, il n'y a

que mon client ou ma cliente et moi. C'est la même chose pour les autres intervenants. Il y a donc une grande partie du travail de l'omnipraticien qui concerne seulement l'omnipraticque. C'est une constatation.

Quels sont les problèmes que l'on a vécus depuis dix ans? Je passerai rapidement sur la brochette de directeurs généraux ou de directeurs des services communautaires que l'on a eue dans toute l'année. Il y a toujours eu une espèce de flou, quant au rôle exact des CLSC qui commence tranquillement à se préciser depuis deux ou trois ans, à la suite du quatrième ministre des Affaires sociales que je connais. Il y a donc, actuellement, des problèmes précis. Dans des CLSC, l'omnipraticien ne peut pas pratiquer la médecine générale aussi bien qu'il le voudrait. Par exemple, dans un CLSC, un directeur général oblige une femme médecin à aller pratiquer dans un autre village que l'endroit où elle pratique sous prétexte que, dans cet autre village, il n'y a pas de femme médecin et que la population à le droit d'avoir une femme médecin. Cette décision est prise sans consultation médicale.

Dans un autre CLSC, le directeur des services professionnels - parce qu'il y en a dans les CLSC - qui est un animateur communautaire prend régulièrement une pile de dossiers médicaux et les lit pour voir ce qu'il y a dedans. Les dossiers médicaux des clients. Dans un autre CLSC, un médecin ne peut pas voir de patient après 17 heures, ce qui veut dire que si, par exemple, un enfant souffre de température et d'otite, les parents sont intéressés à ce que ce soit le médecin traitant qui voie le patient. Alors si la mère ou le père appelle le médecin pour lui demander de voir le patient à la fin du bureau, ce médecin ne peut pas le voir, sous prétexte que c'est une décision administrative et que c'est au directeur général ou au coordonnateur à décider si le médecin verra ou non le patient.

Je pourrais continuer à vous donner des exemples jusqu'à tard ce soir. Ce qu'on revendique, ce n'est pas un conseil de médecins et dentistes qui va décider de l'avenir du CLSC; ce n'est pas un conseil de médecins et dentistes qui va contrôler les programmes préventifs ou les programmes d'intervention multidisciplinaire. Ce n'est pas notre but. Notre but à nous, c'est d'avoir, au même titre que dans tous les autres établissements, une structure opérationnelle qui permette aux médecins de déterminer les conditions les plus propices de l'exercice de la médecine générale; qui permette aux médecins omnipraticiens de déterminer des règles d'évaluation des actes médicaux qu'ils posent, de déterminer des règles de formation médicale continue. On demande aussi, si c'est possible, d'être consultatif au conseil d'administration et aussi à l'administration, eu égard aux implications administratives ou

médico-administratives de l'établissement.

Il y a toujours eu une espèce de phobie de la part de différents intervenants, à savoir que le conseil des médecins et dentistes était un pouvoir que je dirais pratiquement néoplasique à l'intérieur de la structure du CLSC. On n'a jamais revendiqué ça.

On espère toujours que les règlements ou les lois solutionnent les problèmes. On pensait que la réglementation répondrait à certains problèmes. Surtout que depuis la dernière réglementation il y a un avis du contentieux du ministère des Affaires sociales, un avis juridique qui se promène dans tous les CLSC, à savoir que la réglementation antérieure, que vous allez bientôt modifier, ne concerne que les centres hospitaliers et que, de ce fait, tous les articles du règlement qui concernent le conseil des médecins et dentistes en centre hospitalier ne s'appliquent pas nécessairement dans les CLSC, entendant par là que le directeur général ou le conseil d'administration puissent décider ce qu'il veulent dans le CLSC, ce qui fait que l'on arrive à des situations aussi aberrantes qu'un directeur général refuse d'entendre le conseil des médecins et dentistes pour avoir son opinion sur le type de garde ou de services d'urgence qu'il devrait y avoir dans un établissement.

Nous, ce qu'on pense, c'est qu'il devrait y avoir dans la réglementation... La FMOQ est d'accord avec nous là-dessus: d'ailleurs c'est pour ça qu'on en fait partie.

On s'entend avec la FMOQ pour dire que, dans les CLSC, il doit y avoir un CMD et que, dans les règlements, il doit y avoir un chapitre précis qui concerne l'organisation médicale dans les CLSC, parce que l'on sait très bien que depuis 5 ans, il est excessivement difficile de convaincre un directeur général d'avoir un CMD dans son CLSC et qu'il est très difficile que ce CLSC soit opérationnel, soit écouté par l'administration.

On en arrive à des solutions, le Dr Richer parlait tantôt de faire imposer un département de médecine générale par un hôpital. On a été dans des situations de grief aussi. L'arbitre a demandé à un CLSC de bien vouloir constituer son CMD tel qu'il était obligé par la loi, parce que le directeur général de l'établissement ne voulait pas qu'il y ait un CMD, même s'il y avait cinq médecins dans cet établissement.

Est-ce qu'on a eu un gros deuil du fait d'être passé de cinq médecins à trois médecins? Je vous avouerai que maintenant le deuil est résolu. On pense que, quand il y a cinq médecins, il devrait y avoir une structure analogue, pour ne pas dire identique, à la structure dans les hôpitaux. Lorsqu'il y a de trois à cinq médecins on pense que pour la qualité de la médecine

dans cet établissement - parce que l'on suppose que ces médecins vont faire de la médecine, à moins que ce ne soit une intention différente de la part du ministère - c'est une façon habile de prévoir un service qui devra répondre au conseil d'administration de l'évaluation de l'acte médical et des actes médicaux qui se posent dans l'établissement.

(12 heures)

Mme Lavoie-Roux: Je pense que vous aviez posé une question au ministre... Je pense que c'est éclairant ce que vous dites. Il y a certainement un malaise, et le ministre doit prendre bonne note de vos commentaires, sans aucun doute.

M. Johnson (Anjou): Je vous remercie, Dr Rodrigue de l'exposé que vous venez de nous faire. Je dirai que je ne suis pas nécessairement d'accord avec les solutions que vous proposez comme étant des solutions aux problèmes que vous avez évoqués dans tous les cas.

Par exemple, ce que vous avez donné sur les DSP, qui est un animateur communautaire qui consulte des dossiers, je ne suis pas sûr que ce soit du ressort de la réglementation. Vous avez donné quelques autres exemples où je ne suis pas sûr que la structure du CMD répondrait à ça.

Je pense cependant que l'avantage de votre intervention c'est d'avoir évoqué des problèmes que vous considérez comme réels dans les CLSC. Je ne doute pas de la légitimité ni de la représentativité de vos propos.

Il reste que, tenons pour acquis qu'on part de cinq, c'est ce que dit la loi, devant ce que le Dr Rodrigue a appelé un deuil résolu. J'ai vu les quatre phases cependant de Kübler Ross être manifestées par les médecins de CLSC, du "why me" à la résolution.

Il y a trois raisons pour lesquelles on n'intervient pas. La première c'est que l'on n'a pas d'assises juridiques pour intervenir de façon précise dans le pouvoir réglementaire à 176. Deuxièmement, je ne suis pas sûr que la réglementation résoudrait, en soi, beaucoup des problèmes que vous évoquez, même si on avait des assises juridiques pour le faire. Je pense que ça touche, en soi, une mécanique qui n'est pas garante de la résolution de ces problèmes-là.

L'exemple que vous donnez c'est celui des horaires: je ne pense pas que ce soit dans les fonctions d'un CMD; il y a une espèce de contradiction intrinsèque quand vous dites: On ne voudrait pas que le CMD remplace le CLSC dans la définition de son rôle etc., de son fonctionnement. C'est vrai. La seule chose qui va permettre ça, c'est que les gens apprennent à vivre ensemble. La corporation a un rôle quant à l'évaluation de la pratique médicale, qui est son rôle

d'évaluer, en vertu de la loi de la corporation. En l'absence de CMD, c'est la corporation qui joue ce rôle-là.

Ceci dit, la corporation n'a pas des armées de personnes pour faire le tour, dans les cas les plus évidents, là où il y a des problèmes plus évidents concernant la qualité de ce qui est visé par ce qu'est le rôle d'un CMD dans un établissement ou le rôle de la corporation, la corporation, à ma connaissance, intervient si elle est saisie de tel type de problèmes.

La dernière dimension - je suis sûr que ma réponse ne vous satisfera pas; je ne suis même pas sûr qu'elle me satisfait moi-même entièrement; je pense que l'on vivra dans une espèce de laboratoire à l'égard de la problématique de l'omnipratique dans les CLSC encore pour un petit bout de temps - la dernière question, c'est le caractère multidisciplinaire. Il faut dire les choses comme elles sont: si je devais résumer très brutalement ce que fait la loi 27 et ce que fait le règlement qui en découle, je dirais dans le fond: À l'hôpital, les médecins ont un rôle majeur à jouer là-dedans, et il faut maintenant que les textes reconnaissent ça et que le fonctionnement permette une meilleure intégration.

Dans le cas des CLSC, c'est une débat qu'on avait abordé avec la corporation des psychologues hier, dans le cas des CLSC, comme dans le cas de certains types d'interventions en centre d'accueil ou de réadaptation en particulier, il y a là une reconnaissance de fait depuis dix ans, qu'il y a une espèce de caractère multidisciplinaire à l'activité de ces établissements. On les considère comme faisant tous partie du personnel clinique; et on n'introduit ni dans la réalité, ni dans la réglementation cette distinction très très nette qui a toujours existé, et qui est renforcée en vertu des règlements que l'on adopte, dans le cas des hôpitaux, quant au rôle du médecin. C'est un univers qui reste un peu plus flou et qui fait qu'on souhaite que se développe sur le terrain une approche plus multidisciplinaire. Je dois dire, Dr Rodrigue, que même si j'allais au Lac-Échemin alors que vous n'y étiez pas, il y a deux ans, même si je suis allé dans plusieurs CLSC où j'ai rencontré des médecins omnipraticiens, j'ai toujours été frappé par le fait qu'il semble exister là un climat un peu différent de ce qu'on retrouve dans les établissements hospitaliers.

La multidisciplinarité c'est aussi une affaire de comportement, et je pense que ce comportement est différent dans les CLSC. L'ouverture des médecins omnipraticiens, leur perméabilité, par exemple, aux psychologues, aux travailleurs sociaux, à ceux qui sont, entre guillemets, les "paramédicaux", me semble marquée par moins de tension que ce qu'on retrouve dans les milieux hospitaliers. Il reste qu'il y a des univers professionnels

qui s'entrecroisent. Il y a des problèmes très délicats comme celui que vous avez soulevé de la confidentialité du dossier médical. Que je sache, il n'y a pas de corporation des animateurs sociaux là. Il me semble que ça n'existe pas encore. Je suis sûr qu'il y a quelqu'un qui voudrait en créer, mais ça n'existe pas encore et je n'ai pas de projet de ce côté-là, je dois vous rassurer.

Il y a un problème d'accès aux dossiers que vous évoquez qui m'apparaît réel. Encore une fois, on doit tenir compte de la loi, du rôle de la corporation, de la nécessité de former des CMD là où il y en a plus de cinq. Aussi du fait qu'il faut que continue dans la réalité cette interpénétration d'une certaine vision multidisciplinaire à la résolution des problèmes sociaux dans une vision de première ligne.

L'autre voie, ça aurait pu être celle que nous suggérâmes récemment certains groupes en disant: mettez les CLSC dans les hôpitaux. Je n'ai pas d'objection à ce que les CLSC se servent d'emplacements physiques situés dans les hôpitaux, à l'occasion. C'est une bonne chose dans la mesure où c'est une utilisation intelligente des ressources; mais qu'il y ait une confusion du rôle de l'hôpital et du rôle du CLSC, je me dis: peut-être dans dix ans, peut-être dans quinze ans, car le réseau de CLSC sera complété et qu'il aura derrière lui 10 à 15 années d'expérience et le milieu hospitalier aura évolué en fonction d'une certaine vision qui n'est pas que médicale des problématiques de nature sociale et de l'approche à la prévention. Mais à ce stade-ci, ça m'apparaît prématuré de vouloir transposer le moderne. C'est pour ça que l'on essaie, entre guillemets, de "protéger les CLSC". Ce n'est pas un geste idéologique, ce n'est pas non plus des règlements de coin de table pour avoir la paix. C'est simplement que c'est une structure qui a encore une certaine fragilité, mais où se vit une chose, à notre avis, extrêmement importante dans l'évolution des années qui viennent, dans l'évolution du réseau des affaires sociales, quant à sa capacité de prendre en charge de multiples formes des problèmes des citoyens. Cela doit se vivre aussi par les professionnels. Vous évoquiez tout à l'heure, à mon avis avec beaucoup de justesse, ce qu'on retrouve bien plus dans les CLSC que dans la plupart des salles d'urgence des grands milieux urbains, soit que le médecin traitant, prend son patient de façon peut-être un plus globale. Certains vous diront que c'est à cause du mode de rémunération. Je ne suis pas sûr que ce soit seulement ça, mais c'est clair que ça peut jouer dans certains cas. Il y a moins de pression pour du volume, il y a moins de pression pour des actes. La pression pour le volume et pour les actes, a par ailleurs des avantages en termes de productivité du système et d'accessibilité à

bien des endroits. Je pense qu'il faut permettre à cette expérience-là de progresser.

Cela dit, nous réaffirmons que lorsque l'on prévoit dans la loi 27, dans le cas où il y en a 5 et plus... Je vais aller bientôt à la fédération des CLSC; je pense qu'on va s'entretenir de ça, de la formation des conseils de médecins et dentistes là où il doit y en avoir.

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

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. le Président. J'aimerais poser une question au ministre. J'ai cru comprendre qu'il a dit qu'il n'avait pas les pouvoirs réglementaires pour créer un service médical dans les CLSC. J'aimerais lui demander où il prend ses pouvoirs pour les centres d'accueil.

M. Johnson (Anjou): Bonne question. L'article 173i. C'est cela?

Mme Lavoie-Roux: "Déterminer selon la catégorie de l'établissement, les directions, services et départements que le plan d'organisation doit prévoir".

M. Johnson (Anjou): Mais dans la mesure où dans le cas des centres d'accueil, on se sert de 173i pour prévoir la notion de services médicaux dans les centres d'accueil, on ne pourrait pas en vertu de l'article 173i, créer l'équivalent d'un CMD parce que le CMD, lui, c'est dans la loi.

On ne crée pas l'équivalent d'un CMD dans le cas des centres d'accueil. On dit simplement qu'il y a un service...

Mme Lavoie-Roux: Médical.

M. Johnson (Anjou): ...au plan d'organisation. Évidemment, le Dr Rodrigue...

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que le...

M. Johnson (Anjou): ...disait: Faites donc la même chose avec les CLSC en vertu de 173 i...

Mme Lavoie-Roux: C'est cela que je...

M. Johnson (Anjou): ...je ne suis pas sûr que ça répondrait à toutes ses préoccupations. Dans la mesure où on parle de CMD et de la vision qu'on nous présentait de ce que doit être un CMD...

Mme Lavoie-Roux: Un service médical.

M. Johnson (Anjou): Un service médical, sûrement qu'on aurait les assises pour faire, entre guillemets "un service médical"; mais pas un CMD.

Le Président (M. Desbiens): Dr Rodrigue.

M. Rodrigue (Jean): J'aurais une dernière intervention qui ne sera pas très longue. Si on tient compte finalement de la loi qui prévoit un CMD dans les CLSC où il y a plus de cinq médecins, je me permets de soumettre bien humblement au gouvernement que son contentieux va pouvoir, demain ou lorsque les règlements seront publiés, écrire la même lettre aux CLSC, laquelle leur dira que finalement les règlements de la loi 27 ne s'appliquent pas dans le cas des CLSC. On pense que c'est déjà s'en aller dans une chicane qui ne finira pas.

Je comprends toutes les préoccupations du ministre Johnson. Le CMD se réunit une fois par mois chez nous; ce qui ne nous empêche pas de participer aux programmes socio-économiques ou à tous les programmes multidisciplinaires qu'il voudra bien. La seule préoccupation qu'on a quand on se réunit comme CMD, c'est ce qu'on véhicule à tous les médecins qui sont dans les CLSC, c'est vraiment l'évaluation de la qualité de l'acte médical et la formation continue. Que je sache, ce n'est pas contraire à l'équipe multidisciplinaire, et, deuxièmement, ça ne nuit pas au fonctionnement des CLSC.

L'autre problème précis qu'on a, c'est que si les règlements demeurent de la même façon, on se retrouve demain de la même façon qu'on s'est retrouvé en 1976, c'est-à-dire avec des documents qui émanent de la fédération des CLSC où on dit clairement que les règlements de CMD ne s'appliquent pas dans les CLSC. On pense qu'il devrait y avoir dans la réglementation un article précis qui dirait que les règlements de CMD de centre hospitalier s'appliquent également dans les CLSC, de telle façon qu'on élimine ce problème de devoir refaire une réglementation qui est déjà faite dans les règlements et qui est bien faite.

M. Johnson (Anjou): Une dernière remarque sur ce que vient d'évoquer le Dr Rodrigue, l'article 112 de la loi dit que le conseil des médecins et dentistes, selon des modalités qui peuvent être déterminées par règlement, est responsable vis-à-vis du conseil d'administration du contrôle de l'appréciation des actes médicaux et dentaires posés dans l'établissement, du maintien à un niveau suffisant de la compétence des médecins et dentistes qui exercent dans l'établissement pour assurer un service de qualité à la population en ce qui a trait aux soins médicaux et dentaires, de faire des recommandations nécessaires afin que les services médicaux et dentaires soient distribués de façon appropriée, de faire des recommandations sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement, de donner son avis sur les règles de soins

médicaux et dentaires et sur les règles d'utilisation des ressources élaborées par un chef de département clinique, d'établir des modalités du système de garde permanent du centre hospitalier. Dans la mesure où il y a un CMD, c'est-à-dire là où il y a plus de cinq médecins, ça s'applique. Ce qui ne s'applique pas, ce sont les règlements par exemple sur les comités, les différents comités qu'on retrouve dans les CMD en milieu hospitalier. Mais là il y a un problème de masse critique.

M. Rodrigue (Jean): Non. Cela s'applique très bien, parce que vous stipulez - je ne sais pas à quel article, j'ai oublié le numéro - le texte dit que lorsqu'il n'y a pas assez d'effectif dans un CMD, les fonctions des comités sont assumées par le CMD, pas par l'exécutif, par le conseil des médecins et dentistes. C'est dans un article du dernier règlement qui a été publié à la Gazette officielle. Il n'y a donc pas de problème de masse critique; il n'y a pas de problème à l'évaluation de l'acte médical. Nous, ce qu'on veut, c'est que la réglementation prévoit une structure qui va permettre aux médecins d'évaluer leurs actes médicaux, puis d'évaluer les conditions dans lesquelles les actes médicaux doivent être posés pour qu'ils soient posés le plus adéquatement possible. C'est sûr qu'on ne fait pas d'autopsie chez nous.

M. Johnson (Anjou): Oui, on se comprend bien Dr Rodrigue. Dans la mesure où il y en a plus que cinq, 112 s'applique chez vous; et puis tout ce qui est fait par les comités dans un hôpital où il y a 60 médecins est fait par un CMD ou son exécutif, selon le cas.
(12 h 15)

M. Rodrigue (Jean): C'est vrai, sauf qu'on est pris avec un organisme qu'on peut appeler peut-être patronal, la fédération des CLSC qui fait une analyse différente à partir de documents juridiques que votre service du contentieux leur fournit. Le contentieux du ministère des Affaires sociales dit que les règlements des CMD dans les centres hospitaliers s'appliquent exclusivement aux centres hospitaliers. Vous pouvez vous en inspirer, mais vous pouvez aussi les modifier.

Alors, nous disons que cette situation ne règle rien. On arrive avec des documents par lesquels, pour la nommer, la fédération des CLSC dit: Il n'est pas bon que les médecins se réunissent trop souvent et on ne prévoit pas plus d'une réunion annuelle de l'assemblée générale du Conseil des médecins et dentistes.

M. Johnson (Anjou): Qui décide ainsi?

M. Rodrigue (Jean): C'est un document de la fédération des CLSC qui a été envoyé

à tous les CLSC. Donc, ce sont les directeurs généraux lorsqu'ils prévoient le fonctionnement du CMD. Ça peut paraître drôle aux gens de la direction des services communautaires, mais c'est quand même le fait. Il n'en reste pas moins que c'est la situation. On a énormément de difficultés à proposer une structure d'évaluation de l'acte médical ou une structure de CMD dans les CLSC sans faire face à une obstruction systématique de l'administration.

Si vous publiez des règlements qui vont permettre à votre contentieux de simplement photocopier la lettre qu'il a écrite en 1981, je pense que cela ne résout pas les problèmes des CMD dans les CLSC.

M. Johnson (Anjou): On pourrait peut-être leur envoyer une photocopie des débats de la commission parlementaire avec vos interventions. Merci.

Mme Lavoie-Roux: J'ai terminé, je vous remercie.

Le Président (M. Desbiens): M. Gagnon.

M. Gagnon (Georges-Henri): Un petit commentaire tragi-comique, peut-être. Au début, vous avez dit que les omnipraticiens étaient responsables des soins intensifs à Saint-Laurent. Je tiens à vous dire qu'à Rimouski, c'était les anesthésistes qui étaient responsables quand il y en avait. Alors, on pourrait peut-être réévaluer leur rôle au niveau des soins intensifs parce que c'est difficile, en ce moment, de l'appliquer, il manque des anesthésistes.

M. Johnson (Anjou): Ils ne sont pas nombreux, mais ils vont être cinq la semaine prochaine.

M. Gagnon (Georges-Henri): Ils vont peut-être reprendre leur rôle aux soins intensifs.

M. Johnson (Anjou): Merci.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de Jacques-Cartier.

Mme Dougherty: Pour revenir à l'article 67, à la page 11, vous avez parlé des situations d'abus qui risquent d'être perpétuées si on garde le caractère facultatif de l'article 67. Pouvez-vous développer cette idée?

M. Richer: C'est l'exemple que j'avais donné, Mme la députée, de l'hôpital Maisonneuve à Rosemont. Les médecins omnipraticiens ont des privilèges d'exercer à l'urgence, puisqu'ils y exercent. Cependant, de 8 heures le matin à 16 heures l'après-midi, il y a une restriction de ces privilèges.

On trouve ça inéquitable de restreindre la compétence ou la possibilité de quelqu'un d'agir dans un service d'urgence en fonction des heures et non pas en fonction du seul critère que l'on admet, celui de la compétence à poser un geste médical. Celui-là, on l'accepte très bien. Si on n'est pas compétent, on dit: On va apprendre davantage, on va se former davantage; mais on accepte mal d'être compétent de 8 heures le matin à 16 heures l'après-midi.

M. Johnson (Anjou): On n'est compétent que la nuit, si je comprends bien.

M. Richer: C'est cela, c'est une compétence sélective par un cycle circadien.

Mme Dougherty: Au dernier paragraphe de la page 11, vous avez parlé de la possibilité d'exception à la règle. Mais dans votre formulation de l'amendement que vous avez proposé à la page 13, vous ne prévoyez pas d'exception. Comment pourriez-vous accommoder cette idée dans l'amendement?

M. Richer: On accepte le libellé du premier paragraphe de l'article 67 qui dit: à l'exception des centres hospitaliers mentionnant l'annexe IV, l'Institut de cardiologie, le MNI, le Montreal Children's. On dit: D'accord, on peut comprendre cette approche, c'est un hôpital à vocation unique, généralement très spécialisé; on peut comprendre l'approche du ministère. Donc, on admet cette exception, mais on ne veut pas que l'exception dépasse le cadre du règlement pour que ça puisse devenir une règle.

Mme Dougherty: Prévoyez-vous d'autres exceptions?

M. Richer: Non, on dit que dans tous les autres établissements, tous les autres centres hospitaliers de courte durée, il devrait y avoir un département de médecine générale, tel que le règlement le propose, d'ailleurs.

Mme Dougherty: Donc, les seules exceptions prévues sont déjà dans l'annex IV.

M. Richer: C'est exact. Et on les accepte. On peut comprendre cette approche.

Le Président (M. Desbiens): S'il n'y a pas d'autres interventions, je remercie les membres de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

M. Johnson (Anjou): Merci, messieurs.

M. Richer: Merci, messieurs et mesdames de la commission.

Le Président (M. Desbiens): J'invite l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec à s'approcher.

M. Bélanger, si vous voulez présenter les personnes qui vous accompagnent et procéder à la lecture de votre mémoire ou de son résumé.

Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec

M. Bélanger (Guy): M. le Président, M. le ministre des Affaires sociales, MM. les membres de la commission, au nom de l'association, il nous fait plaisir d'être ici aujourd'hui. Alors, les confrères qui aujourd'hui soutiendront le point de vue des directeurs généraux dans la présentation du mémoire sont, à ma gauche: M. Mathieu Vaillancourt pour la section des hôpitaux, et il est l'ex-président de l'Association des directeurs généraux, M. Philippe Lupien, DG de CLSC, qui répondra aux questions sur l'aspect CLSC, et M. Ronald Tellier, pour les centres d'accueil d'hébergement et de réadaptation. À droite, le directeur général de l'association des directeurs généraux, M. Gaston Fréchette, qui répondra à toutes les questions, s'il y a lieu.

MM. les membres de la commission, l'association dont nous vous livrons ici les réflexions représente les directeurs généraux et leurs principaux adjoints immédiats des divers établissements de santé et de services sociaux du réseau des affaires sociales du Québec. Ces individus qui sont les principaux gestionnaires de ces établissements sont au nombre d'environ 850 et sont responsables de la gestion des centres d'accueil, des centres hospitaliers, des centres locaux de services communautaires, des centres de services sociaux et des conseils de la santé et des services sociaux.

À ce titre et en vertu de cette forme de regroupement, notre association constitue le seul organisme pouvant collectivement véhiculer les points de vue des principaux actionnaires du réseau, sans égard aux catégories d'établissements dans lesquels ils oeuvrent. C'est pourquoi nous croyons que les opinions de l'association peuvent représenter un actif précieux à l'occasion de l'élaboration et des discussions des règlements fort importants qui sont actuellement soumis à la consultation.

L'association que nous représentons ne prétend pas refléter la position des conseils d'administration, ni celle des associations d'établissements, mais elle veut apporter, en regard de cette réglementation, l'éclairage des directeurs généraux et de leurs principaux adjoints quant à l'exercice spécifique de leurs fonctions de gestion et aux implications directes sur ces fonctions

des mesures proposées par le présent projet. C'est donc dire que nos commentaires et considérations, portant tantôt sur les conseils d'administration, tantôt sur la gestion interne, tantôt sur l'organisation professionnelle et tantôt sur les services aux bénéficiaires, seront toujours formulés en tenant compte de cet éclairage particulier.

Enfin, l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec se veut aussi très soucieuse des droits des bénéficiaires, car, finalement, ces derniers sont la seule raison d'être de nos établissements. Pour nous, le présent projet de règlement doit tendre à améliorer la qualité des services à travers l'organisation et l'administration des établissements. Cela devrait être, en tout cas, l'objectif majeur que l'on devrait y retrouver. Pour ce faire, nous devons rappeler que l'organisme responsable et fondamental pour encadrer les services dans un établissement, c'est le conseil d'administration.

Ce fut et c'est une des valeurs de base du gouvernement que cette autonomie des conseils d'administration soit constamment présente et affirmée.

Le maître d'oeuvre de l'application des décisions et des politiques de services aux bénéficiaires qui sont faites par le conseil d'administration, c'est le directeur général. Ce dernier est l'exécutant privilégié des décisions du conseil d'administration et, à ce titre, on estime qu'on doit lui fournir les instruments nécessaires à une bonne gestion.

S'il y a trop d'entraves dans sa gestion, par exemple une multiplication des paliers décisionnels et des règlements, il lui est difficile d'agir avec cohérence et de maintenir la qualité des services qui est l'objectif ultime de son établissement. Or, étant l'artisan de la mise en application de la réglementation du conseil d'administration, il importe donc que le directeur général puisse coordonner les activités de dimension administrative, professionnelle ou médicale de l'établissement. C'est mon premier défi.

Avant d'aborder dans le texte un certain nombre de points précis sur lesquels l'association veut soumettre ses commentaires, nous voulons brièvement vous situer les principes généraux auxquels nous voulons référer tout au long de notre texte, autrement dit les grandes orientations que nous voulons privilégier eu égard du projet de règlement en cours.

(12 h 30)

D'abord, la révision des règlements. Pour l'ADG, c'est une opération très utile. L'association reconnaît qu'après une dizaine d'années d'existence le réseau avait besoin d'une révision importante et d'une refonte en profondeur de certains des règlements en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Compte tenu de

l'évolution technologique, de toutes les choses nouvelles qui s'ajoutent dans les façons de gérer les établissements, de les organiser, de dispenser les services, on croit que cette réorganisation des règlements, cette révision s'imposait.

L'efficacité de notre système de santé et de services sociaux. Notre conviction profonde comme directeurs généraux est que toutes les interrelations qui ont lieu entre les divers intervenants du réseau sont susceptibles d'accroître d'une façon quelconque l'efficacité de chacun. Pour que cela soit possible et pour que les choses continuent d'évoluer, nous pensons qu'il est essentiel d'éviter que tous ces intervenants ne soient enfermés dans des carcans administratifs et procéduriers qui les rendent prisonniers de règles établies et dépourvus de toute initiative. Trop de règlements, c'est pire que pas assez. On devient vraiment prisonnier, on devient pris dans une série de procédures. La place à la créativité, à l'initiative n'est plus possible dans les établissements.

Voilà pourquoi, sur le plan des principes, à l'étude d'une réglementation comme celle qui nous concerne ici, il s'avère important du point de vue de l'ADG, que les relations entre le ministère des Affaires sociales et les établissements du réseau ne soient pas paralysées par des montages de rapports et de chiffres qui mobilisent de précieuses énergies à des tâches qui ne résultent pas, finalement, en des services à la population ni en une augmentation de l'efficacité de notre système de santé et de services sociaux.

On formulera plus loin quelques commentaires à partir de ces principes sur le projet de règlement.

Ce que nous souhaitons, c'est un réseau de services. Dans le sens de l'évolution des services dans le réseau des affaires sociales au cours des dernières années et dans le sens aussi de la compréhension que nous avons de son avenir, il nous apparaît, au niveau de l'association, que les efforts investis dans la révision de la réglementation actuelle devraient mettre l'accent sur un réseau de services qui ne se limite pas aux structures des établissements, mais qui prévoit plutôt des missions générales pour les établissements, tout en leur laissant de grandes marges de manoeuvre favorisant la concertation et l'initiative des gestionnaires du réseau. La concertation régionale, je pense que c'est une chose à développer de plus en plus. Des efforts ont été faits dans les dernières années; on croit, à ce niveau, qu'ils devraient être poursuivis et même encouragés.

Une réglementation sur des objectifs plutôt que sur les moyens. Un dernier principe général qui nous apparaît important et auquel nous croyons beaucoup est qu'il

faille, selon notre association, concevoir une réglementation du genre de celle qui nous préoccupe comme devant mettre surtout l'accent sur des objectifs et des résultats à atteindre plutôt que sur des moyens précis et uniformes pour y arriver.

En ce sens, l'association croit à l'importance pour le gestionnaire d'avoir constamment en tête une vision d'ensemble du réseau et, à plus forte raison, de son établissement. Nous estimons qu'il peut être facile pour tout gestionnaire de tomber dans le piège qui le guette, de développer une vision morcelée des choses au détriment de l'ensemble, surtout si les instruments dont il dispose, les attentes que l'on a envers lui et les préoccupations qu'il entretient sont canalisés vers des procédures et des détails de fonctionnement. Or, la réglementation, d'après notre association, devrait favoriser une telle orientation.

À titre d'illustration de ce principe, nous faisons référence, par exemple, au budget global instauré dans les établissements il y a plus de dix ans. L'association est d'avis que le budget global est un instrument essentiel mis à la disposition du gestionnaire afin de lui permettre la flexibilité et la marge de manoeuvre nécessaires pour ajuster et réallouer les ressources impliquées dans la dispensation des services en fonction de l'évolution des besoins de la population dans sa région. Ainsi, nous estimons que la définition du budget global contenue dans le projet de règlement sur la question financière des établissements (une sorte d'enveloppe globale que l'établissement doit respecter et contre laquelle il applique lui-même les prévisions budgétaires essentielles à sa gestion) respecte bien la philosophie de ce que doit être un budget global et que c'est suffisant pour que le gestionnaire se sente concerné et agisse en conséquence avec responsabilité. Compte tenu du fait que le ministre des Affaires sociales dispose déjà par ailleurs de tous les pouvoirs nécessaires pour, au besoin, obtenir les renseignements et intervenir auprès des établissements qui ne respectent pas leur enveloppe budgétaire globale, nous croyons que l'esprit et la lettre de cette philosophie devraient être gardés intacts sans être dilués. Ceci amène donc notre association à proposer, à ce sujet, que ce projet de règlement sur la gestion financière des établissements soit finalement adopté en concordance avec celui qui porte sur l'organisation et l'administration des établissements.

Une dernière considération amène l'association à insister dans le sens d'un accent à mettre dans les règlements sur les objectifs plutôt que sur les résultats, c'est-à-dire, à privilégier des objectifs et une concentration sur des résultats plutôt que sur des moyens ou sur des façons d'y arriver. On croit qu'il devrait exister dans le réseau des

incitatifs à la bonne gestion. Tant au niveau de l'organisation et de l'administration générale des établissements qu'au niveau de la gestion financière, nous sommes d'avis que les établissements qui démontrent une bonne performance dans leur gestion doivent être supportés par des incitatifs qui les stimulent à continuer dans la même voie.

En ce sens, l'association croit fermement que l'on devrait insérer clairement et concrètement cette notion d'incitatifs à la bonne gestion dans le présent projet de règlement. En d'autres mots, les établissements qui respectent leurs engagements financiers, qui offrent de plus en plus de services, qui démontrent une volonté et une capacité évidentes à régler eux-mêmes leurs problèmes, bref, qui dénotent un niveau de performance satisfaisant, doivent recevoir clairement le message qu'ils sont dans la bonne voie et qu'ils doivent continuer. Nous pensons qu'une telle démonstration serait susceptible d'amener une réaction en chaîne des plus positives et des plus productives, eu égard à la qualité des services aux bénéficiaires qu'il faut viser à travers l'organisation et l'administration de nos établissements.

Plusieurs des commentaires à venir de l'association s'inspireront, d'ailleurs, de cette approche que nous souhaitons voir partager par ceux qui préparent la version finale du règlement.

Commentaires particuliers. À partir des principes généraux que nous venons d'énoncer, l'association désire maintenant soumettre quelques commentaires particuliers se rapportant au texte même du projet de loi sur l'organisation et l'administration des établissements.

Administration des établissements. Article 8, règlements du conseil d'administration. L'association, devant la longue liste des règlements spécifiés ici comme devant être adoptés par les conseils d'administration, croit que l'on devrait laisser plus de latitude à ces derniers dans l'élaboration de leurs règlements internes. En effet, chaque établissement étant en soi une corporation au sens du Code civil, il a donc le droit et la possibilité d'adopter tout règlement jugé pertinent. Il nous semble qu'une réglementation comme celle-ci ne devrait pas s'attarder à en faire une liste exhaustive qui relève parfois beaucoup plus du domaine des procédures que de celui des dispositions générales. Par contre, pour ce qui est de l'article 8 dans son esprit, le conseil d'administration ici peut se donner des objectifs et prendre ses responsabilités, de la façon dont il est formulé. Il s'agit finalement de permettre à chaque conseil d'administration d'adopter des règlements qui collent à la réalité de son établissement.

Nous ne saurions trop insister sur ce point qui est crucial pour le conseil

d'administration. Il est le mieux placé pour assumer la responsabilité de fixer les règlements en fonction des besoins de l'établissement et des besoins pour améliorer la dispensation de services aux bénéficiaires.

Cela n'empêche en rien une consultation des professionnels. Au contraire, je pense que les professionnels qui oeuvrent dans l'établissement devraient être consultés. Mais le conseil d'administration de par sa préoccupation première devant la population de la qualité des services, doit demeurer le seul décideur en cette matière et, là-dessus, il ne devrait être soumis au contrôle de personne d'autre, d'aucune structure ou d'aucun autre groupe de professionnels. Il nous apparaît très important que cet élément soit respecté.

Le comité consultatif à la direction générale dans les centres hospitaliers; l'article 17, si ma mémoire est fidèle. Sur le plan du principe, l'association croit que l'existence d'un comité consultatif à la direction générale dans les centres hospitaliers, tel que préconisé dans le présent projet de règlement, est probablement fort souhaitable dans bon nombre d'établissements, car elle vise à assurer la participation indispensable des professionnels et des divers intervenants concernés par la bonne gestion des établissements.

Toutefois, l'association soutient qu'un tel comité, qui est en définitive un moyen pour atteindre un objectif important, ne devrait pas être imposé indistinctement partout, et surtout pas par voie de règlement, sans tenir compte des pratiques de gestion et des particularités des milieux respectifs. Nous suggérons plutôt, comme ce fut fait déjà il y a quelques années dans la loi en ce qui concerne le comité administratif, que le règlement dise que l'on "peut" constituer un tel comité dans les établissements.

De plus, ces considérations étant formulées en ce qui concerne l'existence du comité, il va de soi dans une saine gestion que la composition d'un tel comité, ses mandats de travail et la fréquence de ses réunions devraient relever strictement du directeur général lui-même qui aura choisi ce moyen pour impliquer dans la gestion un certain nombre d'intervenants clés de son établissement.

Ce comité consultatif, là où il serait implanté, pourrait permettre - je pense que c'est l'esprit du présent règlement - une responsabilité accrue des professionnels dans le milieu, et c'est louable. Mais nous devons éviter qu'il ne devienne un autre comité de régie, un comité administratif ou une sorte de structure de cogestion parallèle qui ne ferait que compliquer la gestion d'établissements déjà complexe. Dans un hôpital, par exemple, le médecin est, évidemment, une ressource privilégiée,

comme l'est aussi l'infirmière, comme l'est aussi le pharmacien, comme le sont tous les autres groupes de professionnels. C'est pourquoi il est important que le pouvoir de décision demeure entier au conseil d'administration qui mandate, lui, le directeur général pour la mise en oeuvre des services et la qualité de ces derniers.

Toute structure bicéphale rendrait hasardeuse l'atteinte de ces objectifs. Ici, nous pensons à la situation qui prévaut dans les CLSC où, par exemple, les CMD ont des pouvoirs et le CCPC, lui, n'en a pas. Cela crée des distorsions et cela crée des difficultés de gestion très grandes. D'ailleurs, je pense que l'association qui est passée avant nous a fait état de difficultés de ce genre. Si on situe ces difficultés, on s'aperçoit que souvent c'est à cause d'une problématique de structure bicéphale comme cela. Cela tend à laisser supposer, à l'occasion, qu'il y a deux groupes de professionnels dans l'organisation. En termes d'esprit, en termes d'harmonie du milieu, en termes d'harmonisation des ressources et d'une meilleure rentabilité des organisations, cela devient plus difficile.

Accès aux services dispensés par les établissements et les familles d'accueil. Enregistrement, inscription ou admission. Ici, nous comprenons difficilement pourquoi, à l'intérieur d'un chapitre orienté sur les bénéficiaires de services, on demande à l'établissement, à l'article 24, de fournir au ministre des Affaires sociales une longue liste d'informations sur le personnel salarié de son établissement. (Annexe III).

Par ailleurs, particulièrement en ce qui concerne, eu égard à cette demande du ministre, la préparation des dossiers reliés à la négociation des conventions collectives, nous sommes conscients que des informations de ce type sont effectivement requises et doivent être disponibles pour le ministre des Affaires sociales. Si le sens de ces dispositions doit être ainsi compris, l'association suggère alors d'enlever cette demande du chapitre consacré aux bénéficiaires et de la traiter à part en fonction d'un objectif clairement identifié, connu de tous et que nous approuvons hautement. Je pense que c'est évident que c'est nécessaire que le ministre ait ces informations.

Chapitres IV et V. Accès aux services dispensés par les établissements et les familles d'accueil et dossiers des bénéficiaires. D'une façon générale, compte tenu, cependant, de nos remarques précédentes concernant l'annexe III, nous estimons que les dispositions de ces deux chapitres sont aptes à favoriser les bénéficiaires. Dans ce sens, l'association trouve positive et intéressante la présence de cette préoccupation dans la réglementation.

Organisation des centres hospitaliers,

article 68. Départements cliniques dans un hôpital de soins de courte durée. En abordant la question des départements cliniques sous un angle de gestion, qui est notre préoccupation, l'association veut faire valoir le principe que chaque établissement, en fonction de son plan d'organisation, doit avoir la possibilité de structurer ses départements, de préciser les rôles et responsabilités des chefs de ces départements et d'organiser la gestion de leurs ressources humaines, matérielles et financières de la façon la plus susceptible de lui permettre d'atteindre ses objectifs et d'assumer sa mission. Ces structures ne devraient pas, selon notre association, faire l'objet d'une réglementation uniforme et détaillée pour tous les établissements.

Toujours aussi dans la même optique de cohérence dans la ligne de gestion, le chef d'un département clinique, dans son rôle de gestionnaire de ressources, doit exercer ses prérogatives - enfin, on le souhaite et on souhaite que les dispositions du règlement l'y incitent - en harmonie avec le reste de la philosophie de gestion de l'établissement. Cela nous apparaît très important.

(12 h 45)

Pharmacie dans les centres hospitaliers. Dans un premier temps, l'association s'interroge sur les raisons qui font que la pharmacie est ici dissociée des autres activités professionnelles non médicales. Il nous apparaît important que ces raisons puissent être identifiées pour en apprécier le bien-fondé.

Par ailleurs, toujours sous l'angle de certains principes de gestion généralement reconnus, l'association estime qu'un chef de département comme celui du département de pharmacie, qui est un cadre intermédiaire dans l'établissement, devrait être nommé comme les autres cadres intermédiaires, par le directeur général de l'établissement et non par le conseil d'administration. D'autant plus - autre commentaire particulier là-dessus - que les ressources sont minces dans beaucoup d'établissements et qu'il est important de pouvoir les coordonner efficacement si on veut que les investissements de nature différente que sont le médical, le pharmaceutique et l'administratif soient productifs. Non pas que les DG veulent intervenir dans le secteur de la pharmacie comme tel. Nous voulons plutôt coordonner les investissements, les rentabiliser et maintenir la qualité des services aux bénéficiaires. L'objectif premier, finalement, de nos interventions de gestionnaires, c'est toujours d'assurer une plus grande qualité de services aux bénéficiaires. Il faudrait éviter les entraves.

On pourrait ajouter, dans notre exposé, que le principe que nous avançons s'applique aussi à certains centres d'accueil d'hébergement: on pourrait, à ce moment-là,

faire référence à l'article 84. Il me semble aussi que cette disposition va à l'encontre de la loi qui régit la fonction du directeur général, article 105d. Il y a un problème de concordance, en tout cas, entre ce qui est préconisé dans le projet de règlement et ce qui existe dans la loi à l'article 105d sur la fonction de directeur général.

En conclusion et en terminant, M. le Président, nous sommes conscients que la contribution de notre association à l'étude de ces règlements met davantage l'accent sur des principes généraux ou sur des orientations fondamentales que nous croyons partager à plusieurs égards et parfois avec quelques nuances avec de nombreux intervenants du réseau. Une telle approche nous a été dictée par l'importance, à notre avis, de partager, d'abord, le plus largement possible des vues communes avant de s'appliquer à préciser dans des textes le résultat de ces orientations. Nous espérons que les réflexions de notre association pourront contribuer à améliorer les règlements actuellement soumis à la consultation et nous demeurons disponibles pour poursuivre d'éventuels travaux ou échanges en ce sens.

En fait, M. le Président, nous croyons que le présent projet de règlement ne doit pas être élaboré en vue de régler certains cas particuliers qui peuvent exister dans le réseau. Ce serait faire une généralisation un peu vaste et qui pourrait être une entrave à la créativité de la majorité des gestionnaires du réseau. Pour nous, c'est aussi pour appuyer les principes d'une véritable décentralisation que nous favorisons un réseau de services plutôt qu'un réseau d'établissements. Mais, car il y a un mais, le tout repose sur les moyens ou marges de manoeuvre dont disposeront les gestionnaires du réseau. Nous sommes convaincus que des gestionnaires ayant des marges de manoeuvre - tel le budget global, une structure administrative souple et cohérente - seront plus novateurs et motivés à la complémentarité et à l'élaboration d'un vrai réseau de services.

Les directeurs généraux sont ouverts au principe de complémentarité. D'ailleurs, nous participons aux commissions administratives, aux tables de concertation générale. Il y a dans toutes les régions des tables d'échange et de concertation où s'établissent des consensus. Donc, c'est sûr - et on le reconnaît - que ce fut un pas difficile pour nombre de directeurs généraux. Pour nous, on est prêt à faire fi du passé, à l'oublier et à considérer qu'il y a une évolution et que le présent est garant de l'avenir. Donnez-nous des objectifs clairs et non des contraintes à la gestion. Donnez des marges de manoeuvre et des incitations positives aux gestionnaires. En fait, respectons, dans ce processus, l'autonomie que le gouvernement a

donnée aux conseils d'administration des organismes. Donnons aux gestionnaires la latitude et la confiance et les moyens de concertation régionaux ne seront que meilleurs, sans parler de l'incidence directe sur la qualité des services aux bénéficiaires.

Remarquez qu'à d'autres niveaux nous souhaitons cette attitude. Je pense, entre autres, aux tables de négociation avec les divers syndicats ou corporations professionnelles, où de tout temps, nous croyons qu'il aurait été intéressant d'impliquer les directeurs généraux. Cela nous faciliterait d'autant la gestion du réseau par la suite.

Enfin, si vous permettez un dernier commentaire, l'association est heureuse que l'on repense les règlements après dix ans de vécu du réseau. Elle constate aussi que le présent projet touche surtout l'aspect de la santé. Nous aurions souhaité une démarche d'une telle envergure pour la dimension sociale du réseau, non pas que l'on veuille développer la réglementation; oh! que non! loin de nous cette idée. Nous croyons surtout que la révision d'un certain nombre de règlements au niveau du secteur social pourrait être une excellente occasion de réflexion sur l'ensemble de ce réseau social.

M. le ministre, c'étaient les propos des directeurs généraux.

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

M. Johnson (Anjou): Merci pour votre mémoire dans lequel vous évoquez, dans un premier temps, des principes généraux avec lesquels on peut difficilement ne pas être en accord. Ils sont, cependant, le fruit d'une expérience et d'une façon de vivre les choses dans le réseau qui, je pense, leur donnent d'autant plus de valeur: la recherche de l'efficacité, le réseau de services, la réglementation qui touche les objectifs. Sur la recherche d'efficacité, ma foi, vous ne seriez pas payés si ce n'était pas votre rôle, surtout ces temps-ci; cela entre dans la définition de vos fonctions, je suis sûr de cela.

Sur le réseau de services, si je comprends bien, vous dites que vous êtes d'accord avec cette approche. Vous dites cependant que c'est difficilement compatible avec la décentralisation dans les derniers commentaires que vous avez passés. Je souhaite que ce que vous écrivez soit vécu et ressenti comme tel dans l'ensemble du réseau. Il faut de plus en plus que chacun des établissements, donc que chacun des directeurs généraux soit conscient qu'il fait partie d'un réseau de services aux citoyens et qu'il n'est pas là seulement pour défendre sa boîte, bien qu'il soit parfaitement légitime qu'il le fasse.

À l'égard de la réglementation et des

objectifs, j'aurais plutôt tendance à vous dire que les objectifs sont dans la loi et que la réglementation, c'est un peu les moyens. On commence à parler un peu des moyens. On en connaît les limites. Je pense qu'on répond à une recherche chez vous de diminuer la paperasse et le reste dans la mesure où effectivement on réduit de façon considérable, je pense, le règlement, ne serait-ce qu'en termes de lignes agate et de contraintes.

Concernant les règlements du conseil d'administration, je dois vous avouer qu'à la page 6 de votre mémoire, si on retenait votre solution, il n'y aurait pas de règlements du tout, je pense. Parce qu'il faut que ce qui a fait l'objet, pendant dix ans, de règlements gouvernementaux puisse faire l'objet de décisions locales ou d'un encadrement, d'une réglementation locale au niveau des conseils d'administration, encore faut-il dire à l'ensemble des établissements, que ce sur quoi ils sont censés se faire une idée et avoir des approches qu'ils formalisent dans des règlements. C'est l'objet du chapitre 3, dis-je, du règlement.

Évidemment, la chose sur laquelle on ne peut pas s'entendre - et encore une fois, je ne suis pas sûr que je comprends pourquoi vous le revendiquez - aussi bien le dire d'emblée, c'est le fait que le comité consultatif, cela devrait être laissé à chacun des établissements et des directeurs généraux de décider: un, de son existence, deux, de sa composition. C'est déjà là. Il n'y a rien qui interdit à un directeur général, en ce moment, de se faire un comité consultatif, mais je constate qu'ils n'existent pas partout. Il y a peut-être des endroits où ce serait absolument souhaitable qu'ils existent. Si on veut bien laisser une certaine souplesse quant aux compositions locales, etc., quant au rôle extrêmement important que joue le directeur général dans la synthèse qu'il peut faire des dossiers et des orientations de l'établissement, parce qu'il est le maître d'oeuvre et l'exécutant principal du conseil d'administration, il n'en demeure pas moins qu'il nous apparaît non seulement utile, mais souhaitable, et c'est absolument voulu, de dire qu'il faut contraindre - on peut l'expliquer dans ces termes - le directeur général à faire face à l'expression des opinions sur les orientations de base de l'établissement provenant, notamment, des chefs de départements. Je dis bien notamment.

Sur la question des renseignements, nous prenons bonne note de ce que vous évoquez. Effectivement, il faudrait peut-être sortir cela des renseignements personnels. Merci de votre commentaire.

Page 8, quant aux départements cliniques, si je comprends bien, vous seriez d'accord avec la formulation telle qu'elle existe, à l'exception, cependant, du fait

qu'on identifie radiologie et laboratoire. Est-ce que c'est comme cela que je dois comprendre votre texte?

M. Vaillancourt (Mathieu): M. le ministre, si vous nous le permettez, dans le cas des chefs de départements cliniques, parce que le conseil d'administration devra, de toute façon, adopter un plan d'organisation qui devra prévoir les différents départements, services, etc., qu'il devra prévoir, bien sûr, les fonctions attachées aux chefs de ces départements, on demande de laisser le soin au conseil d'administration de définir les fonctions qui seront dévolues aux chefs de départements, compte tenu de la diversité dans le cas des centres hospitaliers. Vous avez plus de 200 établissements allant d'un petit hôpital de 25 lits à des hôpitaux de 1000 lits. On dit de laisser le soin au conseil d'administration des établissements de définir les fonctions de ces gens. Ce que vous nous proposez dans le règlement, on sait que cela existe déjà dans un certain nombre d'hôpitaux. Je veux dire que les chefs de départements, du laboratoire ou de la radiologie, gèrent les ressources humaines, financières et matérielles. Cela existe déjà dans certains établissements. L'établissement a jugé que c'était la meilleure façon de fonctionner. Sauf que l'on remarque que là où cela existe, à notre connaissance, à ce jour en tout cas, c'est principalement dans les gros hôpitaux universitaires. Or, compte tenu de la disparité non seulement en termes de taille, mais même en termes de répartition sur le territoire, il y a des hôpitaux, à toutes fins utiles, qui ne pourront pas compter sur des médecins qui vont pouvoir faire ce type de gestion. Il y a des médecins qui, soit en radiologie ou en laboratoire, entre autres, sont des commis voyageurs dans des régions en dehors de Montréal et Québec, qui font deux, trois ou quatre hôpitaux et qui n'auront pas le temps, puis il y en a d'autres qui n'auront pas le désir de faire ce type de gestion. On dit à ce moment-là de laisser le soin aux conseils d'administration de proposer au niveau de leur plan d'organisation un habit qui est fait sur mesure pour leur établissement, qui tient compte des contraintes que vit l'établissement et qui tient compte de l'environnement.

M. Johnson (Anjou): J'ai bien entendu, même si j'ai été absent pendant dix secondes à la fin de votre exposé.

La corporation des médecins nous dit - je trouve cela intéressant parce qu'ils ont une expérience sur l'ensemble du territoire du Québec - on est conscients qu'il y a 30% des établissements qui peuvent avoir des problèmes à former cela. Néanmoins, globalement, donc pour la majorité, l'immense majorité des centres, cela nous paraît être une voie valable. Et nous, au

niveau de la réglementation, peut-être faudrait-il trouver des formes qui permettent des regroupements ou que certaines de ces fonctions soient assumées par d'autres, compte tenu des situations locales. Je ne suis pas sûr qu'en laissant le règlement complètement vide là-dessus on puisse faire progresser ce qui est une volonté affirmée dans la loi 27.

Sur les pharmacies en centre hospitalier, je connais bien la position de votre association, qui a été clairement évoquée. Je vous remercie pour votre mémoire, messieurs.

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

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. le Président. Je veux vous remercier pour votre mémoire.

Vous insistez beaucoup sur l'initiative qui doit être laissée aux conseils d'administration. Vous ne le dites pas dans ces termes, mais, somme toute, dans la valorisation des conseils d'administration, leur capacité de s'adapter aux besoins du milieu, enfin, je pense qu'on retrouve ce message. Les règlements, tels qu'ils sont proposés, de quelle façon viennent-ils diminuer cette capacité des conseils d'administration d'être plus dynamiques, d'avoir plus de latitude d'action?

(13 heures)

M. Bélanger (Guy): Dans son enveloppe, comme on le disait, on est favorable à ce qu'il y ait une révision de ces règlements et on trouve important qu'elle soit faite. Après dix ans de fonctionnement, une certaine révision de ces choses s'imposait. Les évolutions technologiques et autres la favorisent et la rendent nécessaire jusqu'à un certain point. Là où nous voyons un danger, c'est... M. le ministre faisait allusion au comité consultatif. Je pense que sur le principe, tout le monde est d'accord qu'il doit y avoir des moyens de communication aussi privilégiés que ces comités consultatifs qui permettent à chacun des professionnels, à chaque groupe de professionnels - cela est très important - d'établir des consensus et de se comprendre au niveau des pratiques.

Il existe déjà des comités de régie interne qui ont pour fonction de gérer à la fois l'administratif et le médical dans un établissement, le professionnel et l'administratif dans les autres catégories. C'est très important de conserver cette intégrité dans les structures pour qu'on n'ait pas d'organismes bicéphales ou qu'on n'ait pas tellement de structures qui amènent des points de vue qui ont des pouvoirs décisionnels à l'intérieur ou tellement de contraintes de règlement qu'à un moment donné, il ne reste qu'un corridor étroit et, finalement, on en arrive à une certaine

homogénéité, si vous voulez, des établissements. Je pense que chaque établissement doit garder une identité propre, doit avoir la possibilité d'exprimer cette identité à l'intérieur des paramètres de sa mission et toujours dans le meilleur intérêt des services aux bénéficiaires. C'est ce qu'on veut préserver, ces marges de manoeuvre. On voudrait que les règlements précisent des choses, précisent des objectifs, oui, mais pas les moyens pour ne pas mettre des entraves, pour ne pas couler dans le ciment, si vous voulez, des façons de faire qui sont finalement des principes de bonne gestion.

Mme Lavoie-Roux: Vous avez pris soin de noter, au début de votre mémoire, que ceci ne représentait pas les positions des conseils d'administration, mais vous vivez avec des conseils d'administration.

M. Richer: Toujourn.

Mme Lavoie-Roux: Je voudrais savoir si les conseils d'administration eux-mêmes se sentent plus limités dans leurs manoeuvres. Est-ce qu'il y a une démotivation chez les conseils d'administration depuis la loi 27? On en a surtout parlé depuis la loi 27. C'est peut-être antérieur à cela, je ne saurais le dire. Ce que vous apportez ici, est-ce que ce sont, en fait, les frustrations des directeurs généraux, frustrations qui peuvent être fort légitimes, remarquez bien?

M. Bélanger (Guy): Je ne voudrais surtout pas être le porte-parole de tous les établissements et de tous les conseils d'administration des établissements.

Mme Lavoie-Roux: Vous connaissez ceux avec lesquels vous travaillez. Vous êtes quatre ou cinq ici.

M. Bélanger (Guy): Oui. Dans l'ensemble, je pense que les conseils d'administration, bien sûr, lorsqu'ils décident d'une façon bénévole de participer à la gestion d'un établissement, y mettent du temps et des énergies. La participation au conseil d'administration est une fonction quand même très importante au niveau social. Les gens veulent avoir des marges de manoeuvre. Ils veulent avoir des moyens d'infléchir, d'améliorer ou de faire évoluer l'établissement dans lequel ils veulent s'impliquer. Si nous gérons des procédures, si nous gérons des paperasses, si nous gérons des formules, il est évident que ce n'est pas très motivant pour les gens.

On ne dit pas que le présent projet va créer un sentiment à un point tel que les conseils d'administration vont, demain, tous disparaître. Au contraire, je pense qu'il reste encore une marge de manoeuvre à nos conseils d'administration et elle est

importante. Mais ce qu'on voudrait, c'est qu'on n'oublie pas que pour ces gens, l'intérêt premier est d'avoir les moyens de donner de meilleurs services aux bénéficiaires dans l'établissement dans lequel ils oeuvrent. On ne voudrait pas qu'il y ait d'entrave, le moins possible. Et il y a certaines particularités des règlements qui peuvent à cet égard créer certaines entraves en limitant les rôles, en disant: On applique le règlement. On ne peut pas être créatif là-dedans.

Au niveau de la gestion financière aussi, on a une quantité importante de formules. On comprend qu'il y a des établissements qui, dans le passé, ont fait des déficits. On comprend que le ministre doit se préoccuper de la façon dont sont dépensés les budgets dont il est responsable finalement au niveau de la population, mais nos conseils d'administration sont aussi des organismes très responsables et je pense que nous avons déjà un certain nombre de moyens et de mesures qui nous permettent d'intervenir lorsqu'un établissement est en difficulté ou gère mal les sommes qui sont mises à sa disposition pour les services. À ce moment-là, on croit fastidieux de grossir encore le nombre de ces contrôles et de ces procédures. Vous savez, les DGF1, les DGF2, les rapports de ceci, les rapports de cela, il y en a une quantité très impressionnante. Si on en faisait le calcul et le coût, juste pour remplir ces formules, c'est important. Il y a peut-être d'autres moyens d'avoir toutes ces informations et d'arriver au même résultat sans avoir tout cela. C'est un peu cela aussi qu'on veut dire. Je dis: Faisons confiance aux conseils d'administration, ils sont mandatés pour cela.

Mme Lavoie-Roux: Vous avez parlé de l'administration financière et vous y faites allusion à la page 5 de votre dossier, de votre mémoire. Vous semblez satisfaits du budget global, c'est-à-dire de la notion du budget global qui est conservé aux établissements, mais qui, maintenant, provient du ministère, alors qu'autrefois vous aviez l'initiative, si je ne me trompe pas, de présenter un budget global au ministère qui l'acceptait ou, enfin, proposait des modifications, ou le refusait. Est-ce que pour vous autres, c'est du pareil au même?

M. Bélanger (Guy): Dans le fond, ce qui est menaçant dans le présent projet pour les directeurs généraux et pour les conseils d'administration, Mme Lavoie-Roux, ce sont les composantes détaillées qu'on commence de plus en plus à intégrer à l'intérieur du budget. On commence à détailler des masses et à mettre des contrôles particuliers là-dessus. Cette tendance, en tout cas, nous apparaît dangereuse, parce que, tout à l'heure, ce ne sera plus un budget global, ce

sera vraiment un budget avec des composantes détaillées dans tous les secteurs et on devra fonctionner à l'intérieur d'enveloppes très précises, très particulières. Les marges de manoeuvre et les incitations qu'on peut se donner à l'intérieur de certaines pratiques, qu'on voudrait aussi, entre parenthèses, voir augmenter, elles ne sont plus possibles de cette façon. C'est cela qui nous apparaît dangereux. C'est ça dont on voudrait que la commission soit très consciente.

Mme Lavoie-Roux: Dans le fond, est-ce qu'on n'est pas en train d'évoluer vers un système analogue à celui des commissions scolaires où chaque chose était détaillée et où, finalement, même les possibilités de transfert... Vous autres, les possibilités de transfert demeurent assez d'un poste à l'autre. Est-ce que l'enveloppe est encore assez globale pour que ces masses dont vous parlez ne vous affectent pas de cette façon? J'essaie de comprendre ce que vous nous...

M. Bélanger (Guy): C'est-à-dire qu'actuellement on a des enveloppes globales dans certains cas par service et on ne voudrait pas que le budget ne devienne que des enveloppes globales de service, si vous voulez. Chaque service a son enveloppe globale, mais cloisonnée et parcellisée. De telle sorte qu'on peut avoir des moyens là, en manquer à d'autres places, et que ce serait juste intéressant de faire des transferts de fonds ou de les passer. Si on a ces limites ou ces contraintes, on ne sera plus capable de le faire à un moment donné. C'est cela qu'on veut éviter.

Mme Lavoie-Roux: Vous parlez d'incitatifs. Pouvez-vous donner des exemples concrets de ce que vous envisagez comme incitatifs à une meilleure gestion?

M. Bélanger (Guy): Oui, des exemples rapides. Si un établissement, pour une raison quelconque de bonne gestion, une raison particulière de bonne gestion, a, à la fin de l'année, un surplus, ce que l'on souhaiterait - je pense que, dans certaines régions, on met une partie de ces surplus à la disposition de la région - c'est que le reste soit laissé à l'établissement pour lui permettre de réaliser un certain nombre de projets. Je ne parle pas de s'engager dans des dépenses récurrentes qui pourraient, après cela, recréer ce que l'on a voulu défaire dans le passé, où chacun jouait à l'oreille et s'équipait... Non. Mais certaines initiatives qui pourraient de façon ponctuelle améliorer certains éléments de qualité ou certaines façons de fonctionner, c'est cela que l'on souhaiterait avoir. À ce moment-là, le gestionnaire est motivé à demander plus à ses gens. Ses gens sont motivés à donner un

petit peu plus parce qu'ils comprennent bien l'intérêt et les enjeux de cela et les possibilités que cela donnera au bout. Donc, cela devient un élément motivateur extrêmement intéressant. C'est cela que l'on veut maintenir.

M. Vaillancourt (Mathieu): Il y a une chose qui est sûre. À une discussion que nous avons eue à notre conseil d'administration sur cette question, les directeurs généraux nous faisaient part de leur inquiétude que les établissements qui avaient une bonne performance financière depuis plusieurs années et encore aujourd'hui soient encore ceux qui paient les pots cassés pour les établissements qui, malheureusement, ne réussissent pas à avoir la performance qu'on devrait attendre d'eux. Et on voit apparaître d'année en année des rectificatifs ou des enveloppes qui sont dégagées sur le plan régional pour venir aider des hôpitaux ou tout autre type d'établissements qui sont en difficulté financière et qui sont, à toutes fins utiles, des délinquants en la matière. Alors, on dit: "Performer" pour aller aider un autre qui ne s'aide pas lui-même, ce n'est pas bien encourageant. Dans la mesure où un établissement rend les services qu'il doit rendre et est capable de "performer" sur le plan financier... Un exemple d'incitatif, ce serait que l'établissement puisse, à même ses surplus accumulés, peut-être effectuer des dépenses non récurrentes, même en termes d'immobilisation, ce qui n'est pas légalement ou réglementairement possible actuellement. Cela pourrait être une façon de dire aux gens qui sont dans les établissements: Vous voyez, vous avez été performants, on a pu, grâce à votre performance, additionner des équipements ou des installations qui sont au service de la clientèle finalement.

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

M. Johnson (Anjou): Je peux peut-être rapidement dire sur cette notion d'incitatif que, premièrement, les performants pénalisés, on reconnaît que c'est déjà arrivé. Deuxièmement, sur la libération des surplus, le projet sera au Conseil du trésor cette semaine ou la semaine prochaine. On pense qu'on va tenir compte de cette dimension incitative: la notion d'évaluation de dépenses qui, dans le fond, sera une amélioration de productivité, le couloir que pourraient conserver les établissements pour des fins de dépenses non récurrentes et troisièmement, une certaine participation peut-être aussi régionale à la libération du surplus. J'aurai le plaisir de vous annoncer cela d'ici quelques jours. J'espère que ce sera dans le sens de ce que vous souhaitez.

Mme Lavoie-Roux: Une dernière

question. Dans le projet de règlement sur la gestion financière, on prévoit par exemple que désormais - ou peut-être que c'était tout à fait inexistant, je n'ai pas comparé avec l'ancien texte - toute dépense de plus de 15 000 \$ devra recevoir l'approbation du conseil régional. Est-ce que, comme administrateurs - j'imagine que cela peut davantage arriver dans les grands centres hospitaliers que dans les plus petits établissements, - cela vous crée des embêtements? Première question.

Deuxième question. Il y a la question des dotations et je suis convaincue que cela arrive dans les centres hospitaliers - peut-être pas dans les autres établissements - qui exigent, si la dotation dépasse 30 000 \$, une approbation, quant à son utilisation, du ministre et du conseil régional. De quelle façon cela affecte-t-il vos établissements? Est-ce que c'est une chose qui vous apparaît raisonnable dans les deux cas?

M. Bélanger (Guy): Dans la gestion financière, lorsque vous parlez de la limite de 15 000 \$, je m'excuse, mon confrère et moi, on ne trouve pas. Maintenant, a priori et rapidement, je pense que ce que l'on pourrait dire là-dessus - et j'espère que je me ferai le porte-parole fidèle de mes confrères - c'est qu'il n'y a pas d'entrave, il n'y a pas de problème à travailler avec les conseils régionaux et à s'entendre sur des dépenses qui peuvent être d'une certaine envergure et sur un certain contrôle de ces dépenses. Je pense que les conseils d'administration ne verraient pas d'empêchement que l'on ait à consulter, que l'on ait un certain dialogue avec le conseil régional sur ces dépenses importantes. Je le pense en tout cas. Tel règlement, pour nous, ne nous apparaîtrait pas limitatif. Pour ce qui est de la dotation au niveau des hôpitaux, je vais laisser mon confrère y répondre. Il est beaucoup plus familier que moi avec le secteur.

M. Vaillancourt (Mathieu): Une chose est sûre, c'est que, dans le cas des dotations, le plancher avait été remonté, si je me souviens bien, de 5000 \$ à 30 000 \$. C'est déjà un premier pas. Là encore, je ne suis pas sûr que cela prend nécessairement un chiffre de ce genre. Ce qui est important, - c'est, à mon sens, que la lignée du mémoire que l'on a présenté - ce qu'il faut créer comme obligation à l'établissement, c'est que, quand il reçoit un don, quel que soit le montant, il le dépense en fonction des services qu'il doit rendre. Et la dépense qu'il fait avec ce don ne doit pas engendrer des frais récurrents d'année en année pour lesquels, à un moment donné, l'établissement sera obligé d'aller voir le conseil régional ou le ministère pour demander une source de financement.

(13 h 15)

Je pense qu'une fois qu'on a établi ce cadre, si on pouvait assez bien cerner ceci dans un texte, il n'est même pas sûr qu'on aurait besoin d'un plafond de 30 000 \$. Mais ce qui est important, je pense, ce qui est sous-tendu dans le fond, c'est l'esprit de dire à un établissement que, même s'il reçoit de l'argent d'une autre source, un don, etc., il ne faut pas qu'il s'engage dans des dépenses qu'il ne pourra pas assumer lui-même et qu'il doit le faire en fonction des services qu'on lui a demandé de rendre comme établissement.

M. Bélanger (Guy): Peut-être une particularité, Mme Lavoie-Roux. Il serait peut-être souhaitable que l'annexe de la partie du règlement qui touche la gestion financière fasse partie du règlement général et soit aussi ouverte à la discussion. On aurait souhaité cette ouverture.

Mme Lavoie-Roux: ...on se permet des petites licences.

M. Johnson (Anjou): Je pense qu'il est tout à fait opportun que ce soit soulevé parce que cela touche un autre sujet, qui est assez vaste lui aussi. Je veux dire que le règlement sur la gestion financière n'est pas encore décrété. Nous sommes en discussion avec le Conseil du trésor sur certains aspects, mais on va tenir compte de certains de vos commentaires simplement pour situer la notion des dotations ou des fondations privées. De plus en plus, notamment dans le domaine hospitalier - c'est vrai aussi dans certains types d'établissements en réadaptation, mais surtout dans le cas des centres hospitaliers - de plus en plus, l'on voit des fondations naître. Je partage personnellement cette orientation qui veut que des gens impliqués dans la communauté permettent à ceux qui veulent exercer ce choix de contribuer un peu plus à la santé en plus de leur niveau de taxation, qu'ils puissent le faire. Les caractéristiques de cette intervention, pour moi, sont les suivantes: une initiative du milieu, une capacité de s'impliquer dans la communauté et de ramasser de l'argent. Et il ne faut pas nuire à cela. Cela m'apparaît extrêmement important et j'aurais même tendance à dire qu'il faut le stimuler par différents moyens.

Cela dit, il faudra aussi établir certaines choses quant aux dépenses de ces fondations pour assurer un minimum de cohérence, d'une part, à l'égard des répercussions des dépenses provenant de ces fondations sur les budgets de fonctionnement. Je pense que cela va de soi. Je pense que les fondations dans l'ensemble sont d'accord sur cette notion. Il va falloir établir une façon d'être sûr qu'une fois qu'on décide de mettre un million dans quelque chose, cela

n'entraîne pas un budget de fonctionnement de 250 000 \$ et que cela ne s'en va pas dans toutes les directions, dans 30 ou 40 hôpitaux en même temps.

Deuxièmement, dans le cas des équipements très spécialisés, une certaine notion d'équilibre sur le plan régional m'apparaît très importante.

L'exemple très concret de cela, c'est l'utilisation, par exemple, des "emi-scan" ou, éventuellement, des appareils de résonance magnétique ou des choses de cette nature, des lasers en ophtalmologie ou des équipements très sophistiqués et très chers. Tenant compte qu'une des caractéristiques de cette technologie, c'est de se renouveler très rapidement, donc de rendre plus ou moins désuets très rapidement certains de ces équipements dispendieux, il nous apparaît nécessaire de trouver des formes de mécanisme de concertation entre ces fondations au niveau régional pour s'assurer que, dans une même région donnée, on ne va pas investir au cours de la même année dans quatre établissements sur tel type d'équipement. Ce qui a deux effets.

D'une part, cela a pour effet de consolider un domaine de spécialisation dans un établissement. Il faudrait que ce soit cohérent avec les orientations générales. Deuxièmement, quand les établissements voient ces équipements remplacés par d'autres deux ans après, bien s'assurer que l'on n'a pas ce problème dans toute la région, c'est-à-dire qu'il faut tous les remplacer la même année. Alors, il y a un certain équilibre.

Troisième caractéristique de la présence de ces fondations au niveau des comportements, des attitudes et de l'univers réglementaire et de concertation, c'est, à mon avis, la nécessité, non pas tellement de créer des comités spéciaux et des affaires par décret ou par loi, mais de s'assurer qu'il y a un dialogue réel avec les intervenants principaux. Ces intervenants sont encore une fois notamment les médecins spécialistes dans beaucoup de ces domaines. Je pense ici notamment aux grands centres urbains à cause du phénomène de la "compétition" entre les établissements spécialisés. Je pense qu'il faut, d'une façon ou d'une autre, trouver le moyen que s'échangent des opinions quant à l'opportunité de certains de ces choix.

C'est pourquoi deux choses en découlent. D'une part, le ministre, en vertu du règlement, se garde un pouvoir d'autoriser certaines dépenses, mais c'est pour les fins d'assurer une certaine coordination et non pas de freiner ce mouvement. La deuxième conséquence, c'est que le règlement qui touche la gestion financière devra refléter, dans une certaine mesure, la cohérence que nous voulons faire intervenir à l'égard de la présence, à mon avis souhaitable, et à

stimuler des fondations privées.

Le Président (M. Desbiens): M. Bélanger.

M. Bélanger (Guy): Pour réagir à ce que M. le ministre vient de dire, ce sont là des prémisses extrêmement intéressantes que vous énoncez. Ce sont des points de vue de gestionnaire, en tout cas, que l'on a tendance à partager.

Ce que l'on souhaiterait, M. le ministre, c'est qu'au niveau de la gestion financière, on puisse comme partenaires - quand même, à 800, on administre des milliards de dollars - s'asseoir et regarder cela ensemble dans l'optique d'améliorer et de rentabiliser, de rendre plus efficaces les principes de gestion financière. On serait d'accord pour s'impliquer dans ce processus avec vous.

Alors, l'ADG vous offre ses disponibilités pour participer à une telle consultation, d'une part. Pour ce qui est des limites et de l'implication au niveau des fondations et des dotations, je ne me sens pas compétent pour répondre à cette partie de la question.

Pour ce qui est de la limite de 15 000 \$, avec droit de regard par les conseils régionaux, je ne dis pas qu'on est toujours d'accord avec les conseils régionaux, je ne dis pas que la concertation est toujours facile. Loin de là, elle est "virile" parfois, mais elle est nécessaire et je pense que cet exercice est à développer et à continuer. Je pense qu'il y a là une voie de solution à des particularités régionales et aussi peut-être pour établir des principes d'équité régionale très importants.

Dans ce sens, on aurait tendance à vous appuyer. Mais, comme je vous le disais, tout cela est sujet à une discussion ensemble, parce que j'aurais peur de cautionner des choses sans savoir jusqu'où je cautionne une affaire. Je ne veux pas m'embarquer plus loin qu'il ne le faut. Je dis oui...

M. Johnson (Anjou): Vous êtes prudent.

M. Bélanger (Guy): Je dis oui à des principes et je dis qu'on est prêt à une consultation.

Mme Lavoie-Roux: Je voudrais corriger une impression que j'ai pu créer bien involontairement. Je n'avais pas lu attentivement la limite de 15 000 \$ et, dans les faits, elle ne s'applique - peut-être qu'elle s'applique à autre chose, vous me renseignerez - qu'à l'informatique, pour le moment, et à tout ce qui est relié à des contrats d'informatisation. Alors, c'est dans un secteur bien précis. J'ai pu créer l'impression que c'était 15 000 \$ partout.

M. Bélanger (Guy): Dans ce secteur, c'est une réglementation qui peut être intéressante, qui peut limiter des dépenses abusives, en tout cas.

Mme Lavoie-Roux: Je vous remercie bien.

Le Président (M. Desbiens): Nous vous remercions de votre participation à nos travaux. La commission des affaires sociales ajourne ses travaux à 15 heures.

(Suspension de la séance à 13 h 23)

(Reprise de la séance à 15 h 08)

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

La commission des affaires sociales reprend ses travaux pour entendre d'abord la Conférence des CRSSS du Québec suivie de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

M. André Bélanger, si vous voulez présenter les personnes qui vous accompagnent.

Conférence des CRSSS du Québec

M. Bélanger (André): M. le Président, je suis accompagné de M. Paul-André Quintin, un des vice-présidents de la conférence et président du CRSSS de Trois-Rivières, à ma droite, de M. Christian Gagnon, un autre vice-président de la conférence, président du CRSSS 09, Côte-Nord, et de Mme Lise Langlois, notre directrice générale.

M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs les membres de la commission, je crois opportun dès le départ de rappeler succinctement les fonctions principales et les plus significatives, pour les fins de cette commission, des conseils régionaux. Je vous réfère en particulier à l'article 18 de la loi qui dit qu'un conseil régional a pour fonctions principales de susciter la participation de la population à la définition de ses propres besoins en matière de services de santé et de services sociaux ainsi qu'à l'administration et au fonctionnement des établissements qui dispensent ces services; d'assurer des communications soutenues entre le public, le ministre et ces établissements; de conseiller et d'assister les établissements dans l'élaboration de leurs programmes de développement et de fonctionnement des services de santé et des services sociaux; d'assumer les fonctions que le ministre lui confie pour l'exécution de tels programmes et, enfin, de promouvoir l'échange, l'élimination des doublages et une meilleure répartition des services dans la région, ainsi que la mise en place de

services communs à plusieurs établissements.

Quant à la conférence, elle-même s'est fixé comme objets les suivants: Supporter les CRSSS quant à l'implantation d'un réseau intégré de services de santé et de services sociaux correspondant aux besoins de la population et favorisant l'accessibilité, la continuité et l'amélioration de la qualité des services, et ce, sur une base régionale; supporter les CRSSS quant à la rationalisation des ressources sur une base régionale; faire la promotion et participer à l'implantation de la régionalisation, c'est-à-dire de l'administration régionale des services de santé et des services sociaux, et enfin, faire la promotion des échanges, des stratégies et des actions communes à l'ensemble des CRSSS.

C'est dans l'esprit de ces objets et de ces fonctions des conseils régionaux que nous avons abordé l'étude de ce projet de réglementation, M. le Président, et que nous soumettons aujourd'hui nos commentaires sur ce projet de réglementation.

D'une façon générale, nous considérons, comme les autres intervenants, sinon tous du moins la plupart, que cette mise à jour s'imposait après dix ans d'exercice et que ce projet de réglementation est évidemment une amélioration considérable sur ce que nous connaissions dans le passé.

Le législateur ayant introduit des modifications importantes ainsi que de nouvelles dispositions au chapitre S-5, c'est-à-dire à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en décembre 1981, la réglementation portant sur l'organisation et l'administration des établissements était attendue de tous les intervenants. Un minimum de règles, évidemment, s'avéraient nécessaires pour implanter le chapitre 22 conformément aux orientations législatives.

Les orientations principales qui nous ont guidés et qui ont guidé la conférence, c'est que nous avons choisi de commenter les dispositions qui ont un impact sur la mission de nos membres, les CRSSS, ou sur un de ses objets. Ce sont les dispositions portant sur l'accès aux services et sur les départements de santé communautaire. Si les commentaires apportés sont appréciés à leur juste valeur, ce sont quelques dispositions qui permettront de clarifier et de consolider des pratiques déjà entreprises par les CRSSS et fructueuses quant à la réalisation de réseaux intégrés de services.

Nous avons, M. le Président, pris connaissance et écouté attentivement les intervenants qui nous ont précédés devant cette commission et, comme les membres de la commission ont pu le constater, nous soulevons dans notre mémoire toute cette question de la surréglementation. Le constat que nous avons fait, un constat général de l'ensemble des mémoires qui vous ont été présentés, c'est que ce genre de constat a

été fait aussi par plusieurs intervenants sinon la grande majorité, parfois ouvertement, parfois sous des formes plus voilées ou sous des expressions telles que carcan administratif ou trop de procédure.

Ce règlement, comme je le mentionnais tantôt, est nettement une amélioration. C'est certain, il y a une réduction considérable du nombre d'articles. Il ne faudrait cependant pas oublier que l'ancien règlement est remplacé, non pas seulement par celui qui est à l'étude aujourd'hui, mais par au moins quatre autres règlements: celui sur la gestion financière, la contribution des adultes hébergés, les permis, le règlement sur les cadres. Alors, c'est dans son ensemble qu'il faut voir cela.

Il reste qu'il y a une diminution qui est importante, mais ce n'est pas parce que l'on réduit quantitativement le nombre d'articles que pour autant on réduit les obligations qu'on peut mettre sur les épaules des individus ou des structures concernées. D'autre part, nous abordons cette étude en nous disant que rien n'est parfait ici-bas, surtout pas une réglementation, que tout est perfectible et qu'il y a peut-être encore place à certaines améliorations.

(15 h 15)

En conclusion de cette appréciation générale du projet, la conférence tient à indiquer que la réglementation proposée devrait viser à mieux circonscrire les seules orientations dont la nature l'exige ainsi qu'à imprimer des orientations ministérielles.

Je voudrais maintenant insister sur les deux points qui nous apparaissent les plus importants au niveau de cette réglementation quant aux conseils régionaux et à la conférence des conseils régionaux, quitte à ce qu'ensuite nous répondions aux questions plus précises des membres de la commission quant aux autres aspects soulevés par notre mémoire et quant à certains articles plus précisément.

Je voudrais parler en particulier de la question du système d'admission en me référant aux articles 33 et 34 et, en second lieu, du département de santé communautaire en me référant à l'article 73.

J'aborde immédiatement la question du système d'admission. Le leadership assumé par les CRSSS quant à l'accès à ces ressources s'est consolidé et a permis un décloisonnement des critères d'admission ainsi qu'une systématisation de l'évaluation des demandes de services d'hébergement, tant en centres d'accueil d'hébergement, en centres hospitaliers de soins prolongés, qu'en unités de soins prolongés des centres hospitaliers de soins de courte durée. Les CRSSS souhaitent réaliser cette approche d'une façon plus organisée, plus systématique et plus globale.

Cependant, l'instauration de mécanismes régionaux d'accès aux services qui sont efficaces requiert certains gestes d'autorité

et d'arbitrage, particulièrement en matière d'admission dans les ressources institutionnelles lourdes. Je veux préciser immédiatement que la conférence se préoccupe d'abord et avant tout des personnes âgées et des ressources alternatives à l'hospitalisation. C'est surtout sous cet angle que nous avons abordé cette problématique des systèmes d'admission.

Les CRSSS, M. le Président, ne sont pas des vues de l'esprit. Ce sont des tables de concertation. Je vous ai rappelé tantôt ce qu'en disait la loi quant à leur principale fonction. Ce sont des tables de concertation où sont réunis des représentants non seulement de la population, des instances municipales, mais aussi des établissements. À ces tables il se fait régulièrement, continuellement des arbitrages qui permettent d'administrer régionalement le réseau des affaires sociales. Lorsque, dans notre mémoire, nous nous sommes penchés sur cette question des systèmes d'admission, nous nous sommes évidemment prononcés en accord avec l'article 33 qui, je le rappelle, dit ceci: "Le conseil régional élabore un système pour l'admission des bénéficiaires dans les établissements offrant des services en soins prolongés ou en hébergement." Lorsque nous avons entendu les mémoires de plusieurs intervenants sur cette question, un débat est revenu continuellement devant cette commission quant à la gestion de ce service, de ce système d'admission.

Nous vous soumettions et nous parlions dans notre mémoire d'améliorations à apporter à cet article 33 où nous disions ceci: Le libellé du premier paragraphe devrait débiter ainsi: Le conseil régional a la responsabilité d'élaborer et de gérer un système régional d'accès aux services.

Ce que nous voulons bien faire comprendre c'est que les conseils régionaux ne sont pas ici pour réclamer des pouvoirs additionnels. Notre premier souci est de nous assurer d'un véritable réseau intégré de services. Et lorsque nous parlons de gérer, dans la suggestion que nous formulions, pour nous cela signifie ceci: qu'en plus d'élaborer le système, on confie au conseil régional le soin ou la tâche de s'assurer de l'implantation et du fonctionnement de ce système.

Un règlement, en effet, doit être opérant. Il ne s'agit pas, il ne suffit pas simplement d'élaborer un système pour s'assurer qu'il va fonctionner. Alors, notre souci, quant à ce système d'admission, est de trouver une formule qui va assurer que quelqu'un, quelque part, aura cette responsabilité, non seulement d'élaborer, mais aussi d'implanter et de voir à faire fonctionner ce système d'admission. Que ce soit le conseil régional ou que ce soit une autre instance, que ce soit un groupe d'établissements ou une nouvelle table qui soit

formée ou une nouvelle structure sur la base régionale, peu nous importe. Ce qui nous semble important, c'est que quelqu'un quelque part ait la responsabilité de s'assurer que ce système va fonctionner et fonctionner selon le plan élaboré par le conseil régional.

Je voudrais maintenant discuter brièvement de l'article 73 qui traite du directeur de département de santé communautaire.

Le département de santé communautaire, pour nous, s'insère également dans la réalité régionale. Il ne s'agit pas d'une instance ou d'un organisme qui peut fonctionner en dehors de la réalité régionale. Ce que nous suggérons à cet article 73, c'est de préciser que le chef du département de santé communautaire qui, comme le dit l'article: "doit notamment élaborer, évaluer, etc..." le fasse en conformité avec les orientations et les priorités régionales. Il nous apparaît que cet article, tel qu'il est formulé, donne au chef du département de santé communautaire les coudées franches, toute discrétion, ce qui lui permettrait de se lever un bon matin et de décider que c'est tel type de problème qu'il étudie, peu importent les orientations ou les priorités qui auraient été régionalement établies par le conseil régional.

Ce que nous suggérons donc, c'est de préciser que ce chef de département de santé communautaire agit, par ailleurs, en conformité avec les orientations et les priorités régionales, comme je l'ai mentionné tantôt.

En conclusion, M. le Président, une autorité générale en matière d'accès aux services fondée sur la nécessité d'une vision d'ensemble régionale, conjuguée à une obligation pour les DSC et les CSS d'exercer leurs responsabilités en complémentarité avec les CRSSS sont deux moyens concrets qui permettent la réalisation d'un réseau intégré de services et sa meilleure administration.

De plus, il est désormais acquis que le développement des ressources doit être limité et contrôlé. L'émergence de besoins nouveaux ne sera pas terminée pour autant. Un des moyens privilégiés pour répondre à ces besoins demeure la réallocation des ressources sur une base régionale.

La conférence des CRSSS souscrit à l'intention du gouvernement qui vise à instaurer une organisation encore plus systématique des ressources du réseau des affaires sociales. Malheureusement, quantité des dispositions soumises à la consultation ne constituent pas nécessairement le bon moyen pour atteindre l'objectif visé. C'est dans cette même perspective de la distinction entre l'ordre des orientations et celui des moyens qu'en annexe, la conférence a commenté une vingtaine de dispositions sur quelque 112 et ce, compte tenu de sa connaissance du réseau.

Nous invitons le gouvernement, après avoir entendu les organismes convoqués à cette commission parlementaire, à réviser chacune des dispositions qui auront été commentées, à la lumière des questions suivantes: Cette disposition est-elle nécessaire pour atteindre l'objectif visé? Introduit-elle l'uniformisation d'un moyen alors que plusieurs autres moyens pourraient être envisagés, inventés par les intervenants parce que plus adaptés aux réalités du milieu et plus en mesure d'atteindre ledit objectif?

C'est ce choix des moyens laissé aux administrations locales et régionales qui, par ailleurs, devrait constituer l'objet de l'évaluation-contrôle que se doit de réaliser le ministère responsable du secteur des affaires sociales.

La conférence est certaine que le réseau souhaite des orientations claires et complètes ainsi qu'une évaluation des programmes qu'il gère. Il demeure cependant essentiel de lui laisser le choix des moyens. Le gouvernement aurait avantage à repenser le libellé de certaines dispositions de façon à imprimer lesdites orientations sans imposer une façon uniforme de procéder.

Ce que nous avons voulu faire, M. le Président, je le rappelle, c'est attirer l'attention de la commission sur les questions qui nous apparaissent les plus importantes et qui ont été ici, peut-être le plus souvent, vous rappelant que dans notre mémoire, comme je viens de vous le dire, nous commentons plusieurs articles, soulevons plusieurs questions et suggérons certaines modifications.

Nous serons heureux de répondre aux questions des membres de la commission le cas échéant.

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

M. Johnson (Anjou): Oui, alors merci beaucoup, M. Bélanger, du mémoire et du résumé que vous en avez fait en insistant sur le contexte dans lequel vous évoluez, mais aussi sur deux sujets particuliers. Je pourrais souligner la qualité de l'annexe à votre mémoire initial en présentant des alternatives de rédaction, ce qui est toujours utile quand on arrive à prendre les décisions.

Sur la question de l'admission, j'aimerais vous entendre détailler. Vous dites: On considère que le règlement dit que les CRSSS doivent élaborer pour chacune des régions du Québec un système d'admission. Vous proposez dans votre mémoire: Ils doivent le gérer, ce qui a amené certains intervenants qui vous ont précédés à dire qu'ils trouvaient que ce n'était pas une bien bonne idée que le CRSSS se mêle de ça au sens de la gestion. J'aimerais peut-être vous entendre ajouter un peu à ce que vous évoquiez tout à l'heure. Quand vous dites:

On veut le gérer, est-ce que vous dites: On veut assumer la responsabilité que ça marche? Est-ce que ça veut dire par définition que vous voulez que ce soit du personnel du CRSSS qui le fasse?

M. Bélanger (André): Je pense que vous avez bien compris le sens de l'explication que j'ai donnée hors texte tantôt, M. le ministre. Effectivement le sens que nous donnions à "gérer" c'est que notre préoccupation est de nous assurer que ça marche. C'est bien beau de nous confier le soin d'élaborer un système, mais il faut que quelqu'un quelque part ait l'autorité ou s'assure que ce système sera appliqué et va fonctionner selon les normes dans lesquelles il a été établi. Or, pour nous, et je le répète, que ce soit du personnel des conseils régionaux, que ce soit les conseils régionaux qui en définitive gèrent au sens strict du terme - puisque c'est là-dessus surtout que les autres interventions portaient - peu nous chaut dans le fond, et cela pourrait prendre des formes très diverses d'une région à l'autre. Nous avons toujours été très respectueux à la conférence et très conscients des diversités régionales. Nous n'avons jamais tenté de forcer des unanimités ou des consensus là où vraiment il faut bien reconnaître qu'il y a des diversités et que ces diversités s'expriment de façon souvent différentes. Or, ce qu'on suggère, puisqu'on demande aux conseils régionaux d'élaborer le système, c'est qu'on leur donne aussi l'autorité qu'il faut pour s'assurer que ce système va effectivement prendre forme et fonctionner adéquatement. Mais on ne veut pas dire par là, et je le répète, qu'on tient à ce que ce soit le conseil régional qui assume la gérance, et cette fois au sens strict du terme.

Et c'est dans ce sens que nous avons utilisé le terme "gérer" au départ et c'est pourquoi dans mon exposé verbal j'ai tenu à nuancer ou à préciser le sens que nous apportions à ce terme qui a suscité, semble-t-il, de nombreux débats.

Mme Lavoie-Roux: Quand vous demandez d'avoir l'autorité, vous dites: je ne suis pas tout à fait gérant, mais il va falloir avoir l'autorité pour s'assurer que cela fonctionne. Où faites-vous la nuance entre les deux? Gérer et avoir l'autorité en dernier ressort - excusez-moi, M. le ministre - décider, mais cela ne m'apparaît pas clair.

M. Bélanger (André): Alors, je vais demander à M. Quintin de continuer.

M. Quintin (Paul-André): Si vous permettez, l'article 33 définit simplement que le conseil régional élabore un système, mais en aucun cas n'identifie qui verra à mettre ensemble les personnes intéressées ou

les établissements intéressés, qui verra à s'assurer que le fonctionnement ou que la mise en oeuvre est là pour assurer l'objectif de cet article. Alors ce qu'on dit, il faut d'une façon ou de l'autre s'assurer que quelqu'un en soit responsable. Alors la notion d'autorité est beaucoup plus la notion de responsabilité.

M. Johnson (Anjou): Est-ce que cela pourrait vouloir dire, par exemple, dans la ligne que soulève Mme Lavoie-Roux, que dans une région donnée, soit la région à laquelle vous appartenez, M. Quintin, la région 04, la région Mauricie-Bois-Francis, qu'il pourrait y avoir un système d'admission approuvé élaboré par le conseil régional qui, je présume, serait approuvé par son conseil d'administration? Il assumerait la responsabilité et il y aurait une section Mauricie et une section Bois-Francis, en fonction de la présence du fleuve Saint-Laurent, comme dans les autres choses de votre région? Ce serait des regroupements d'établissements, par exemple, qui le feraient dans la région de la Mauricie et ce serait, je ne sais pas moi, plutôt le département de santé communautaire dans la région des Bois-Francis? Est-ce que ce serait concevable dans votre esprit?
(15 h 30)

M. Quintin: Oui, oui c'est très plausible et à titre d'exemple, je vais dire que chez nous dans la région 04, on est divisé en trois sous-régions et, déjà, la région Shawinigan-Grand-Mère a son propre système d'admission qu'elle est en train de roder.

M. Johnson (Anjou): Qui le gère, au sens très général.

M. Quintin: C'est géré par la bonne volonté des gens, mais, dès qu'il y aura un problème quelconque, il va falloir que quelqu'un fasse l'arbitrage. Dès qu'il y en aura deux autres à l'intérieur des deux sous-régions, il faudra qu'il y ait des partages au niveau régional également.

Il s'agit donc, d'une part, de concevoir l'ensemble du système avec ses critères, avec ses modes de fonctionnement, en collaboration avec les gens, et de respecter le type de travail qui est déjà amorcé dans la plupart des régions. D'une façon ou d'une autre, il s'agit de voir quelle façon serait la plus efficace, mais en ayant quelqu'un qui conserve un certain pouvoir au niveau régional, un certain pouvoir d'arbitrage, parce que les consensus ne sont pas toujours présents. Il faut parfois un peu travailler pour y arriver.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Merci.

M. Bélanger (André): Si vous me permettez de compléter, M. le ministre, en

répétant la formulation que j'ai suggérée tantôt. L'article 33 pourrait dire que le conseil régional doit s'assurer de l'implantation et du fonctionnement du système. C'est cette responsabilité.

M. Johnson (Anjou): Merci. Quant aux départements de santé communautaire, nous avons reçu un mémoire... D'ailleurs, je vais évoquer en fin de réunion, cet après-midi, l'ensemble des mémoires que nous avons reçus. Nous en avons reçu un, si je ne me trompe pas, des médecins en santé communautaire, l'Association des directeurs généraux de départements de santé communautaire. Il semble, effectivement, qu'on ait quelques ambiguïtés ou quelques problèmes de formulation.

Je comprends votre préoccupation, au niveau des conseils régionaux, de dire: On ne veut quand même pas que ces ressources, dans un contexte qui n'est pas si abondant, servent à "n'importe quoi", entre guillemets. Je tiens pour acquis qu'en général les directeurs de départements de santé communautaire ne font pas n'importe quoi, mais que ce n'est pas toujours pertinent aux décisions et aux priorités régionales.

La difficulté dans votre proposition, au-delà des difficultés philosophiques que cela pourrait poser pour certains, vient du fait que les départements de santé communautaire appliquent trois lois. Ils appliquent la loi sur la santé publique; c'est l'origine des médecins hygiénistes, problèmes d'épidémie, etc. et l'extension assez large qu'on a donnée à cette loi avec les années.

Deuxièmement, ils s'occupent, en particulier, de la dimension de la santé au travail, depuis l'adoption de la loi 17 sur la santé et la sécurité du travail. Puis, ils ont évidemment un statut et un rôle qui dépendent de la loi d'organisation des services de santé et des services sociaux du Québec, l'ancien chapitre 48.

Alors, ça pose une certaine difficulté dans la mesure où ils sont actifs et c'est à eux, à toutes fins utiles, de décider de l'énergie, des ressources qu'ils mettent dans l'une ou l'autre. On présume qu'il se fait des arbitrages locaux pas simples. On sait qu'en général la CSST, qui est un organisme s'autofinçant - enfin, c'est une façon de parler, ils font payer les entreprises, mais disons qu'ils ne viennent pas chercher cela au fonds consolidé, ils vont directement taxer les employeurs. Ils ont tendance à tirer beaucoup sur les ressources des DSC ou des départements de physiothérapie et à mettre une sorte de carcan.

Je ne sais pas comment vous voyez la formulation que cela pourrait prendre, que les DSC soient branchés sur les priorités régionales sans pour autant faire fi de leurs autres responsabilités.

M. Bélanger (André): C'est surtout, M. le ministre, en fonction du premierement de l'article 73 que notre intervention était faite. Quant aux autres, on dit: Le chef de département de santé communautaire doit, notamment, élaborer, évaluer et mettre à jour des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé destinés à la population du territoire desservi par le département.

Quant à 2, 3 et 4, cela a peu de relation avec les orientations ou les priorités. C'est un mandat qu'on lui donne d'établir le profil de l'état de santé de la population. Cela, il le fait, il doit le faire périodiquement.

Enquêter sur des problèmes de santé dont le taux est élevé dans le territoire, encore là, cela n'a, comme tel, rien à voir avec les priorités; en tout cas, tant qu'il n'y a pas de problèmes particuliers d'identifiés. C'est la même chose pour ce qui est de veiller à la prévention des épidémies, mais quand on parle des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé, je pense qu'on entre carrément dans le champ des préoccupations régionales qui doivent concerner et qui concernent aussi l'ensemble de tous les intervenants du réseau.

Là, la notion d'orientation et de priorité régionale a son importance. On peut peut-être l'introduire dans ce seul alinéa, le premier, mais il nous semble que, quelque part, on doit l'indiquer. Comme vous le disiez, on peut bien présumer. D'ailleurs, si on voulait présumer que tout le monde fait bien son travail, on ne serait pas ici et on n'aurait pas besoin de réglementation.

M. Johnson (Anjou): C'est vrai.

M. Bélanger (André): Il faut poser certaines balises et c'est dans cet esprit que nous vous transmettons cette préoccupation. Il y a une relation étroite. Vous dites que les DSC sont régis par trois lois, mais ils sont aussi une réalité dans le domaine de la santé régionale. Ils se doivent - et ils le font de toute façon déjà - de travailler en collaboration et avec le CRSSS et avec les CSS. C'est une réalité à laquelle ils ne peuvent pas échapper. On aurait souhaité que cela puisse se refléter dans le règlement.

M. Johnson (Anjou): Je mets à part l'Abitibi-Témiscamingue et la Côte-Nord où la santé communautaire et le conseil régional ont réussi une symbiose assez remarquable et très empirique sur le territoire. Je dois dire que dans bien des cas, cela semble tomber sous le sens, malgré les résistances historiques des structures à ces questions.

Il reste que si on retenait la notion de l'élaboration de l'évaluation et de la mise à jour des programmes de santé communautaire

et de promotion de la santé, c'est très large. Ce qui permet, par exemple, au département de santé communautaire de Rimouski - je voyais cela récemment dans un journal local - de se prononcer sur les effets économiques à long terme de l'utilisation de la tordeuse de bourgeons dans le Bas-du-Fleuve et à Grande-Vallée et en engageant un économiste pour le faire. Ce n'est pas qu'il ne faut pas qu'il se préoccupe de ces problèmes, mais le mandat est suffisamment large pour qu'à la porte d'un hôpital on voie un économiste qui fait un discours, le discours de l'OPDQ qui nous parle de la santé des citoyens.

Dans la mesure où les départements de santé communautaire ont déjà un mandat très large, recèlent en général une expertise assez remarquable à la fois sur le plan scientifique et sur le plan des ressources disponibles en termes de services aux citoyens - je pense, notamment, aux médecins à domicile, je pense à l'appareil qu'ils peuvent rapidement mettre en branle en cas d'épidémie; on a vécu des appréhensions d'épidémie récemment dans des établissements de santé et les départements de santé communautaire ont agi très rapidement car ils ont de bonnes ressources pour le faire - si on tient compte de tout cela et qu'on leur dit, à 73, que c'est en collaboration avec les CRSSS que vous allez faire tout cela, vous allez sentir le besoin d'aller chercher de l'expertise.

M. Bélanger (André): Cette formule, quant à nous, serait parfaitement acceptable également. Ce qu'on souhaite, c'est qu'on indique quelque part, au département de santé communautaire, qu'il y ait une interrelation et une collaboration absolument nécessaires.

M. Johnson (Anjou): Oui, je n'en disconviens pas, mais ce que je dis, c'est que si on exprime que cette collaboration est nécessaire, encore une fois, il y a des endroits où cela tombe sous le sens commun, qu'il faut une collaboration entre la région et le DSC, surtout quand il y a une confusion du territoire ou presque, dans le cas de la Côte-Nord, par exemple.

Le jour où les conseils régionaux doivent, en collaboration avec les DSC, élaborer, évaluer, mettre à jour les programmes de santé communautaire, ce qui est le mandat des DSC, cela veut dire que les conseils régionaux vont venir nous expliquer qu'ils ont besoin de personnel, qu'ils ont besoin de médecins hygiénistes, qu'ils ont besoin de diplômés en santé communautaire. C'est cela que je veux éviter.

M. Bélanger (André): C'est le genre de formule, M. le ministre, qu'on a écarté au départ. C'était une des formules qu'on avait

retenues après discussion. Mais en collaboration, cela veut dire quoi dans un règlement et cela a quelle force? Quand on suggère, quand on indique que c'est dans le respect des orientations et des priorités régionales, il n'y a pas de confusion dans les rôles et vous n'aurez pas à craindre qu'on vienne vous demander des ressources additionnelles parce que, nous aussi, nous travaillons dans ce champ. Ce qui est important pour nous, c'est de nous assurer que tous les intervenants, dans chacune de nos régions, travaillent dans la même orientation et dans le respect des mêmes priorités. Depuis plusieurs mois, vous tenez, les membres du gouvernement tiennent un discours où ils parlent continuellement de restrictions, de périodes difficiles où les moyens sont limités et continueront de l'être encore pendant plusieurs années. Dans un contexte comme celui-là, pouvons-nous nous permettre qu'un département de santé communautaire s'en aille à hue et à dia sans se soucier aucunement des priorités et des urgences régionales. C'est simplement cela qu'on voudrait que le règlement traduise et qu'il l'indique clairement.

Si vous utilisez la formule "en collaboration", cela se fait déjà, elle existe, cette collaboration, mais on sait ce qu'elle veut dire dans un texte de loi. Dire que tu fais quelque chose en collaboration avec quelqu'un, chacun va y donner son interprétation. Le DSC peut bien dire: bien je les ai consultés, c'est en collaboration, je suis allé les voir et c'est en collaboration. Les CRSSS, de leur côté, vont donner un sens beaucoup plus large au terme "collaboration" comme vous l'avez vous-même soulevé.

Pour nous, à ce stade-ci, je vous l'ai dit au départ ce ne sont pas des pouvoirs qu'on est venus réclamer, ce n'est pas de l'argent, ce ne sont pas des ressources. Ce qui nous importe, c'est un véritable réseau de services intégrés. Ce qui nous préoccupe, c'est que ce réseau fonctionne et que tout le monde fonctionne selon la même gamme et à l'unisson. Si on nous assure que les départements de santé communautaire vont agir, au niveau de ce qui est mentionné à l'alinéa 1, dans le respect des orientations des priorités régionales cela nous satisfera.

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

M. Quintin: M. le ministre, si vous le permettez, j'ajouterais là-dessus que la formule utilisée là, en conformité avec les orientations ou les priorités du CRSSS, permet aussi une variété de réponses selon les régions. Effectivement, on ne veut pas régler sur une base structurelle, ce qui est de fait un problème ou des problèmes normaux de fonctionnement ou de rodage à

l'intérieur des diverses régions. On préfère une formule qui dit: lorsqu'il y a entente ou lorsqu'il y a une décision sur des orientations régionales, c'est autour de cela que les gens devraient travailler.

Mme Lavoie-Roux: On va revenir sur cette question. Dans le moment, votre fonction c'est d'organiser, de planifier, de coordonner, d'animer avec un paquet d'autres choses qui vous ont été accordées avec le temps. Et là, cela ne vous suffit pas encore une fois. Vous dites que les activités du DSC doivent se faire en collaboration avec le CRSSS. Il me semble que déjà ces choses se font ou devraient se faire. Si elles ne se font pas, ce n'est pas parce qu'on va le mettre dans le texte de loi qu'elles vont se faire davantage. C'est une question de quel type de relations vous êtes parvenus à développer avec les établissements du réseau. Je trouve ça intéressant. Je ne sais pas si c'est dans la première partie de votre mémoire ou la deuxième, mais à un moment donné, vous dites: Vous mettez trop de règlements pour les établissements. Il faut permettre aux établissements de respirer, de pouvoir enfin, etc., c'est un peu ce que vous dites. Et après cela vous revenez vous et vous dites: maintenant on n'est pas tout à fait satisfaits de la façon dont les DSC fonctionnent et je pense que c'est le même raisonnement encore pour les CSS parce que vous faites la même demande pour les CSS qu'on ajoute dans la loi qu'il faut que ce soit fait en collaboration avec le CRSSS parce que finalement... Un des reproches qu'on fait c'est que déjà - ce n'est pas un reproche quant à ses objectifs - les gens se perdent en réunions au CRSSS. Parfois vous avez jusqu'à je ne sais combien de dizaines et de dizaines de professionnels qui sont en pourparlers avec leur CRSSS, réunions avec le CRSSS. Je parle de la région de Montréal, je ne parle pas des autres, je ne les connais pas; enfin je les connais beaucoup moins disons.

Maintenant vous voulez en avoir un peu plus. Ce n'est pas nécessairement que vous en vouliez plus, mais ce que je pense c'est que vous allez structurer d'une façon qui va être encore plus contraignante pour tous les établissements qui va obliger à plus de rencontres, de réunions. Encore pour moi, il y a un aspect "structurite" là-dedans. Vous pensez résoudre des problèmes alors que vous n'en résoudrez pas. C'est vraiment basé sur autre chose. Je pense que vous avez en main des outils pour faire la planification régionale avec tous les pouvoirs que vous avez dans le moment.

M. Bélanger (André): C'est vrai madame que nous avons actuellement des outils pour faire de la planification régionale, déterminer des orientations et des priorités, nous

faisons, après, comme vous le dites, certaines réunions. Je ne parlerai pas de la région de Montréal, je pense que ce n'est pas le but ici. Mais vous dites: Vous voulez encore plus de pouvoirs, vous.

Mme Lavoie-Roux: Je me suis corrigée avant. Pas nécessairement plus de pouvoirs, mais que vous ajoutiez à une structure qui est...

(15 h 45)

M. Bélanger (André): Nous n'ajoutons rien à cet article précisément. J'ai dit tantôt, en réponse à une question du ministre, que la formule "en collaboration", nous, au départ, elle nous avait semblé être une bonne formule, mais qu'on l'avait écartée pour mentionner simplement que le DSC effectue les fonctions - parlons simplement de l'alinéa 1 - "d'élaborer, évaluer et mettre à jour des programmes de santé communautaire et de promotion de santé destinés à la population du territoire - on ajoute ceci - en conformité avec les orientations et les priorités régionales". Cela ne nécessite pas de réunion, Mme Lavoie-Roux. Cela ne nécessite rien.

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais supposons qu'ils en aient des priorités différentes, eux.

M. Bélanger (André): Ce qu'on dit - si vous permettez, je vais terminer ma réponse - c'est que le conseil régional, qui est composé, vous le savez, de représentants de la population, de représentants de tous les établissements de la région, établit périodiquement ses priorités pour un an, pour deux ans, pour trois ans, ainsi que ses orientations. Une fois que c'est fait, ce qu'on dit, c'est qu'il ne faut pas permettre à une seule des structures, qui travaille au niveau régional de sortir de ce cadre. Il faut simplement lui indiquer qu'elle doit accomplir la fonction à laquelle elle est destinée dans le cadre de ces orientations et de ces priorités. Nous n'ajoutons aucune structure, nous n'augmentons en aucune façon la tâche du DSC. Nous lui fixons simplement ou demandons qu'on lui fixe certaines balises, qu'on lui dise quels sont les champs vers lesquels il devra diriger ses activités, en particulier en fonction de ce qui est mentionné à l'alinéa 1 de l'article 73. C'est tout. Cela ne confère absolument aucun pouvoir additionnel au conseil régional, ni aucune fonction additionnelle, ni aucune responsabilité. Cela ne fait qu'indiquer au DSC qu'il doit oeuvrer dans le cadre des priorités et des orientations régionales.

Mme Lavoie-Roux: Tout à l'heure, j'avais dit que ce n'est pas nécessairement plus de pouvoirs, mais ce que je crains, c'est que cela ne complique l'articulation, puis le fonctionnement des établissements eux-

mêmes. Jusqu'à quel point cela va-t-il être une contrainte, finalement, qui va se traduire par un peu plus de bureaucratie, un peu plus de réunions, un peu plus de rencontres? C'est cela que je crains parce que je me dis que vous avez déjà en main tous les outils qu'il vous faut - la loi vous les donne - pour faire de la coordination, etc. Je ne reviendrai pas là-dessus. Mais parce qu'il semble que quelque part cela ne marche pas toujours exactement et puis qu'on a des objectifs pas nécessairement divergents mais qui sont peut-être parallèles ou un dédoublement de services, vous dites qu'il nous faut ajouter, dans la loi, "en collaboration avec le CRSSS". Je trouve que c'est quasiment redondant.

M. Bélanger (André): Pas "en collaboration", on a écarté cela.

Mme Lavoie-Roux: Vous l'avez écarté mais il est quand même dans votre mémoire, votre "en collaboration".

M. Bélanger (André): Ce qu'on a dit, c'est "en conformité avec les orientations et les priorités régionales". C'est ce qu'on vous dit aujourd'hui, c'est le sens qu'on voudrait - on en serait heureux - que le ministre prenne comme orientation. En disant "en collaboration", on est conscient des pièges et des difficultés que cela peut causer. Aujourd'hui, ce qu'on vous dit, c'est qu'une formule qui dirait "en conformité avec les orientations et les priorités régionales", quant à nous, nous conviendrait parfaitement.

M. Johnson (Anjou): Au-delà de la discussion, puis de l'appréciation des structures - je connais l'appréciation, nuancée malgré tout, mais quelque peu différente de la mienne, que fait la députée de L'Acadie des structures du réseau - je vais donner un exemple très concret. Les départements de santé communautaire en ce moment sont très actifs en médecine du travail à cause de la loi 17. On peut décider dans un coin donné que ce qui est important, c'est l'audiologie, à cause des problèmes de bruit industriel. Il se peut que le département de santé communautaire dise: Bon, cela, pour nous, c'est très important, santé et sécurité au travail, surdité, bon, on se fait une clinique d'audiologie ici.

Tout à coup, le CRSSS, à qui, par ailleurs, on a donné des mandats un peu plus larges de planification, qui, à des commissions administratives où siègent des multitudes de médecins et de représentants des établissements, etc., des services sociaux - mais je parle de la santé en ce moment - lui a décidé que tel type de spécialité, on devrait plutôt concentrer cela dans tel établissement.

Ce que nous demande, si je comprends

bien, M. Bélanger, avec la nuance qu'il a apportée à son mémoire original, c'est: On voudrait que vous disiez au département de santé communautaire qu'il ne peut pas prendre de décision unilatérale en termes de développement sans tenir compte des orientations qui ont été prises au niveau de la région, alors que la formule initiale, il est vrai, présupposait qu'il y avait une forme d'élaboration conjointe.

La Conférence des CRSSS nous dit: Écoutez, on ne veut pas d'élaboration conjointe. Sur le plan des ressources régionales, où on a l'expertise et dont c'est notre mandat de voir à leur développement en termes de planification, on veut être sûr que les DSC tiennent compte du travail qu'on a fait quand ils prennent des décisions de développement. Dans le fond, ce qu'ils nous disent un peu, c'est: On voudrait vous poigner, des fois, pour leur parler.

M. Bélanger (André): C'est cela.

M. Johnson (Anjou): Soyons un peu franc, je pense que c'est un peu cela. Vous voulez nous poigner pour être capables de dire au DSC: Vous vous êtes trompés de ville pour développer l'audiologie-orthophonie, même si c'était en soi une bonne décision. C'est ce que je crois comprendre de leurs commentaires. C'est intéressant, on en prend bonne note.

Les deux sujets majeurs, je pense que je les ai couverts pour ma part. Le reste, on en a pris note. Je pense qu'il y a beaucoup d'éléments où il y a consensus, où vous rejoignez d'autres mémoires sur différents aspects. À moins que vous ne vouliez ajouter quelque chose.

M. Bélanger (André): Si vous le permettez, M. le ministre, je voudrais vous rappeler que la conférence s'est donnée une structure très légère et peu coûteuse, parce qu'on considère que les ressources financières doivent d'abord servir à remplir la vocation première qui est celle des conseils régionaux. Vous avez devant vous aujourd'hui comme porte-parole, en outre de la directrice générale, trois non-permanents du réseau. Vous ne nous blâmez pas d'avoir raffiné notre position, d'avoir réfléchi davantage sur certaines formulations qui, finalement, ne nous paraissent peut-être pas des plus heureuses ou des plus conformes à la volonté ou au désir qu'on voulait exprimer devant cette commission. C'est pourquoi aujourd'hui on nuance ou on précise certaines choses qui pouvaient être formulées autrement dans le mémoire. Il faut comprendre qu'avec une structure aussi légère il est difficile pour nous de nous rencontrer. Les délais ont été également très courts. Finalement, nous avons choisi de ne pas nous asseoir sur un texte rigoureux et de prendre le risque - je

pense que cela en valait la peine - de nuancer et de préciser vraiment le fond de notre pensée sur ces questions.

M. Johnson (Anjou): Je vous sais gré, M. Bélanger, de faire cette précision, d'autant plus que cela peut me permettre de dissiper une perception que l'on a, que la conférence des CRSSS, c'est une structure qui s'est ajoutée aux autres. À ma connaissance, vous avez quoi, trois employés?

M. Bélanger (André): Un employé.

M. Johnson (Anjou): Oh, pardon!

M. Bélanger (André): Une directrice générale et une secrétaire.

M. Johnson (Anjou): Deux employées à la conférence des CRSSS.

M. Bélanger (André): Elles ne sont pas à temps plein.

Mme Lavoie-Roux: Voici mes commentaires: Je pense que ce n'est pas la conférence des CRSSS qui va faire la coordination avec les DSC. Je n'ai jamais dit que c'étaient les CRSSS. Je pense qu'on se comprend bien. Maintenant, à quelle place vous l'introduisez, pour les CSS, dans votre mémoire? Parce que cette demande, je vais peut-être la retrouver, c'était à l'article... Ce que vous dites sur les DSC, il me semble que je l'ai vu quelque part. Ah oui, c'est en page 9, en conclusion.

M. Bélanger (André): Oui.

Mme Lavoie-Roux: "Les DCS et les CSS, d'exercer leurs responsabilités..." Vous faites la même réflexion pour les CSS.

M. Bélanger (André): Oui.

Mme Lavoie-Roux: Où l'introduisez-vous dans le règlement?

M. Bélanger (André): Pas du tout au niveau de la réglementation. Cela n'a aucune assise juridique; c'est simplement l'expression de notre vue sur la question que nous formulons là-dedans.

Mme Lavoie-Roux: D'accord.

M. Bélanger (André): Nous ne faisons pas de recommandation précise là-dessus.

M. Quintin: La raison pour laquelle c'est là, c'est qu'il y a pour la première fois dans la réglementation la définition du rôle d'un chef de département de santé communautaire, et qui, là, dépasse la simple fonction d'établissement; il y a une

responsabilité au niveau régional. C'est ce qui nous oblige à intervenir.

Mme Lavoie-Roux: Maintenant, pourriez-vous nous donner un peu plus d'explications concernant vos réflexions sur les familles d'accueil? Est-ce que vous craignez que ce ne soit un peu trop rigide comme division ou catégorisation des familles d'accueil?

M. Bélanger (André): Je vais demander à Mme Langlois de répondre à cette question.

Mme Lavoie-Roux: Oui. On en a discuté à plusieurs reprises.

Mme Langlois (Lise): Mme Lavoie-Roux, ce qu'on dit, par rapport à l'approche qui est dans la réglementation, à savoir mettre de l'avant trois catégories de familles d'accueil, c'est qu'on pense qu'il y a actuellement des difficultés d'ordre administratif et d'ordre professionnel par rapport aux programmes que sont les familles d'accueil, soit enfants ou adultes. On perçoit la famille d'accueil comme étant une ressource légère, une ressource souple, qui justement se fond dans la société. On n'est pas capable d'identifier du bout du doigt que, dans telle maison ou tel logement, il y a une famille d'accueil. Ce qu'on dit, c'est qu'en venant catégoriser les familles d'accueil, l'objectif qui est d'essayer de corriger les difficultés administratives, c'est-à-dire les ajustements de per diem quand un enfant ou un adulte exige un petit peu plus de la part de la famille d'accueil, cela ne vient pas solutionner l'approche professionnelle qui, dans un premier temps, devrait être de beaucoup réexaminée et réévaluée par rapport à ce qu'on doit donner à la ressource légère qu'est la famille d'accueil. On dit que l'objectif qui est derrière cela est valable, mais que ce n'est pas en les catégorisant et en mettant ce que j'appelle moi, un galon, deux galons ou trois galons sur les épaules des familles d'accueil qu'on va permettre à cette ressource légère de continuer à faire le bon travail de complémentarité avec les établissements. Dans ce sens, il y a eu de longues discussions avec les représentants des familles d'accueil qui souhaitaient, parce que c'est très diversifié et très dynamique, le travail qu'on demande aux familles d'accueil, qu'il y ait une plus grande catégorisation, justement, que seulement trois. Alors, quand on a le choix entre ne pas les catégoriser ou les catégoriser à un point tel qu'on leur donne une espèce, je dirais, d'image d'établissement, à ce moment, on heurte le niveau de souplesse qu'on veut donner à cette ressource.

Ce qu'on pense, c'est que le CSS a une responsabilité face à toute la programmation

des familles d'accueil, au recrutement, au support, à la formation. Quelle que soit l'appartenance de l'intervenant, qu'il soit dans un CSS, dans un CLSC, dans un centre d'accueil. Ce qui est important, c'est que l'intervenant, s'il a des besoins identifiés pour tel enfant ou tel adulte, puisse se tourner vers le CSS et dire: Moi, j'aurais besoin pour Mme X de tel type de famille. Peut-être que tel type de famille, si elle a été accréditée trois galons, c'est-à-dire de réadaptation, va voir son per diem diminuer juste en disant: Mais peut-être que... parce qu'il y a aussi des problèmes d'occupation à 100% dans les familles d'accueil.

Or, ce sont tous des problèmes administratifs qui, à notre sens, brisent un petit peu, en les catégorisant à un niveau réglementaire, la souplesse et l'utilisation qu'on veut en faire au niveau régional. C'est dans ce sens qu'on a apporté notre commentaire en disant: Il y a probablement un besoin de catégorisation de familles d'accueil, mais à un niveau davantage administratif que réglementaire, parce qu'on sait qu'un règlement se change beaucoup moins facilement qu'une directive administrative quand on travaille régulièrement avec tous les intervenants qu'un réseau de famille d'accueil implique nécessairement.

Mme Lavoie-Roux: Je vous remercie. Est-ce que vous faites une suggestion concrète ou si ce sont juste des commentaires que vous avez faits là-dessus?

Mme Langlois: Ce qu'on vous dit, c'est qu'il devrait y avoir un travail au niveau administratif de fait et au niveau professionnel. On ne vous donne pas d'alternative; on vous dit tout simplement qu'on n'est pas d'accord d'introduire des catégories de familles d'accueil au niveau réglementaire.

M. Johnson (Anjou): Vous voudriez qu'on biffe l'article.

Mme Langlois: Voilà.

M. Johnson (Anjou): Et qu'on trouve des solutions au plan administratif.

Mme Langlois: Et qu'on garde la souplesse de cette ressource dite alternative.

Mme Lavoie-Roux: Si j'ai bien saisi votre mémoire, au sujet de l'admission, je pense qu'il y a un consensus pour que ce soit coordonné. Je pense que tous les intervenants étaient d'accord pour que ce soit coordonné au niveau régional. Il y a déduction à savoir si les CRSSS veulent gérer ou non. Dans votre mémoire, vous parlez de gérer. Même, il semble qu'on ne s'entend pas sur ce que

veut dire gérer l'admission dans les établissements.

Vous dites dans votre mémoire que les CSS qui avaient jusqu'à maintenant cette responsabilité se trouvaient en conflit d'intérêts parce qu'ils étaient sur un même niveau au plan administratif. Si je le retrouvais.

M. Quintin: Page 6, deuxième paragraphe.
(16 heures)

Mme Lavoie-Roux: "Dans le contexte de la réglementation actuelle, l'établissement qu'est le centre de services sociaux (CSS), ayant une responsabilité partagée en matière d'admission, se retrouve en conflit de rôles, c'est-à-dire avec un statut corporatif équivalant aux établissements dont ils se doit d'obtenir la collaboration."

Avec la proposition qui est dans le projet de règlement, où on déplace vers le CLSC, là où il n'y a pas de CSS, le rôle qui était à ce moment-ci donné au CSS, est-ce que le même raisonnement vaut?

M. Quintin: Est-ce que ce n'est pas l'inverse? On garde au CSS le rôle lorsqu'il n'y a pas de CLSC.

Mme Lavoie-Roux: Non, c'est l'inverse. Enfin, quand il n'y a pas de CLSC, on le donne au CSS.

Est-ce qu'à ce moment ils vont se trouver en conflit d'intérêts si on suit votre raisonnement?

M. Quintin: Oui, ils vont participer à l'intérieur du système. On va discuter avec eux. On va voir de quelle façon un système peut fonctionner à un niveau régional. Le CSS aura un rôle à jouer.

Mme Langlois: Dans le système actuel, si le CSS souhaite la participation des CLSC dans une zone quelconque - au niveau, par exemple, de l'évaluation, si on dit: On aimerait cela que vous procédiez à l'évaluation de toutes les personnes âgées, par exemple, qui demandent une admission en centre d'accueil d'hébergement - si le CLSC a décidé, lui, qu'il mettrait ses énergies ailleurs parce qu'il a fait une programmation annuelle ou sur deux ans ou sur trois ans et que ce n'est pas une priorité, bien c'est un établissement qui dit à un autre établissement ce qu'il voudrait avoir pour compléter le rôle qu'il doit jouer.

Nous, ce qu'on dit, c'est que comme conseil régional on n'a pas un statut d'établissement, on a une mission de coordination. Alors, si le CSS veut faire cela au CLSC, on va s'asseoir ensemble et on va regarder comment, pourquoi il y a des contraintes du côté des CLSC, pourquoi le CSS demande cela et, ensemble on va

essayer de voir une solution à cette dynamique sous-régionale, par exemple.

Mme Lavoie-Roux: C'est votre justification pour que cette responsabilité soit remise au niveau régional, au CRSSS, du moins quant à l'organisation. Quant à la gérance, c'est une autre affaire. Je n'ai pas d'autres questions.

Le Président (M. Desbiens): Je remercie la Conférence des CRSSS. J'invite maintenant la Fédération des médecins spécialistes du Québec à s'approcher à l'avant.

À l'ordre, s'il vous plaît! Dr Desjardins.

Fédération des médecins spécialistes du Québec

M. Desjardins (Paul): Bonjour, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): Bonjour. Je vous demanderais, d'abord, de présenter les personnes qui vous accompagnent. Avez-vous un résumé de votre mémoire?

M. Desjardins: Non, nous n'avons pas de résumé. Nous allons en faire la lecture.

Le Président (M. Desbiens): Si vous voulez bien procéder.

M. Desjardins: Alors, M. le Président, je vous présente les membres qui m'accompagnent: à ma droite, Me François Aquin, conseiller juridique de la fédération et le Dr Jean-Marie Albert, -directeur des affaires professionnelles; à ma gauche, Me Roger David, conseiller juridique et porte-parole, Me Patrick Molinari, conseiller juridique, le Dr François Couture, vice-président et le Dr John Seely, conseiller.

M. le Président, M. le ministre des Affaires sociales, mesdames et messieurs les députés de cette commission, M. le sous-ministre des Affaires sociales, l'importance très grande que la fédération a apportée à la préparation de ce mémoire, importance qui en explique tant le volume que le souci du détail que l'on y retrouve, vient du fait qu'il s'agit là d'un cas particulier de législation déléguée; particulier, en effet, tant par sa nature spécialisée que par les effets déterminants qu'il aura sur la santé publique.

Ceci veut dire, en clair, que le projet de réglementation qui est soumis, bien qu'il réponde à un besoin maintes fois et fort justement exprimé par le milieu, devra encadrer pour de nombreuses années l'exercice de la médecine spécialisée en milieu hospitalier, sans pour autant devoir retourner devant l'Assemblée nationale. Il faut donc nous assurer que cette réglementation corresponde le plus

exactement possible aux intentions et aux objectifs majeurs exprimés par le législateur par le biais de la loi 27.

Comme on le sait, ces objectifs majeurs peuvent se résumer par la phrase suivante: des soins médicaux de la plus haute qualité possible, les plus accessibles possible au meilleur coût possible. C'est le trépied de notre présentation et c'est dans cette optique bien claire que nous avons voulu aborder le projet sous quatre facettes: la participation médicale à la gestion des établissements, l'organisation départementale, l'encadrement et le contrôle des activités médicales et dentaires, et les droits des bénéficiaires.

Je me permettrai de passer assez rapidement sur la première partie; elle a déjà été discutée.

Le premier point, le principe de la consultation du Conseil des médecins et dentistes dans l'exercice du pouvoir réglementaire. Notre fédération se réjouit de l'intention du gouvernement d'associer directement les médecins à l'exercice du pouvoir normatif des établissements et, en particulier, des centres hospitaliers.

Le deuxième point, le comité consultatif à la direction générale. Nous n'avons pas l'intention de forcer l'agrandissement de l'aréna qui devra être construite, car il y a un "s" dans le projet de règlement et nous demandons au ministre des Affaires sociales d'ajouter un troisième médecin spécialiste; ainsi, ce n'est qu'un ajout, étant donné qu'il y en a déjà deux.

Il y a quatre remarques sur cette page. La première remarque, c'est que nous croyons qu'il devrait y avoir trois médecins spécialistes, un de chacune des disciplines de la famille de cette médecine spécialisée, nommés après recommandation du Conseil des médecins et dentistes. Une autre remarque a trait à l'expression "cadres supérieurs" que nous suggérons de changer pour "directeurs administratifs" ce qui serait plus approprié. Au dernier point sur cette page, on vous suggère de changer l'expression "personne responsable de la coordination de l'enseignement dans l'établissement" par "médecin coordonnateur de l'enseignement dans l'établissement".

Quant aux membres de ce comité, à l'article 18.5, considérons qu'il est anormal que seules les activités des médecins et dentistes soient l'objet d'un examen de leurs conséquences administratives et financières. Le rôle du comité étant celui de rechercher l'optimisation de l'affectation des ressources et de maximiser l'utilisation des budgets d'opération, il serait plus conforme avec cette double mission que le comité ait pour fonction d'analyser et de faire des recommandations concernant "l'impact des activités professionnelles sur les programmes administratifs et financiers."

Partie 2: l'organisation départementale. Les sections 1, 2 et 3 du chapitre VI du projet de règlement d'application formulent certains principes d'organisation des départements cliniques et prévoient certaines structures-cadres. La fédération estime que certains éléments de réforme sont excellents. Elle croit, toutefois, nécessaire que l'ensemble de ce chapitre soit repensé.

Premièrement, les principes d'organisation. L'article 66 propose deux principes d'organisation: le premier, la non-duplication des activités; le second, l'unicité des règles de soins.

Quant au premier, concernant la non-duplication des activités départementales, les principes sont énoncés, à l'article 66 que nous citons. Voilà une règle que nous considérons ambiguë. On pourrait en rechercher longtemps la portée réelle. Qu'entend-on interdire? Toutes les hypothèses sont possibles.

On peut aisément reconnaître que les départements cliniques doivent fonctionner dans une relation de complémentarité. Ce résultat peut actuellement être atteint. D'une part, l'octroi des privilèges d'exercice balise le champ d'activités des membres d'un département; d'autre part, par sa politique d'allocation des ressources, l'administration d'un centre hospitalier dispose d'une arme décisive pour restreindre les activités d'un département clinique au domaine qui lui est propre.

Dans ce contexte, on pourrait douter sérieusement de l'utilité d'inscrire au règlement d'application le principe de la non-duplication des activités départementales. Mais il y a plus. Comment appliquerait-on ce principe nébuleux? Qui arbitrerait le partage étanche devenu obligatoire des sphères d'activités? Voilà une pomme de discorde dont on peut utilement se passer.

Qu'advierait-il des départements cliniques nantis d'un secteur de pointe et dont les activités sont susceptibles d'être concurrentes par rapport aux activités plus traditionnelles d'un autre département clinique? Seraient-elles interdites, alors que la logique commande de les encourager? On pourrait le craindre: une application étroite du principe de la non-duplication des activités, tel que formulé par l'article 66, justifie d'emblée cette conclusion.

En bref, la fédération estime qu'un centre hospitalier a déjà les moyens nécessaires pour assurer cette complémentarité des activités. En conséquence, elle demande de supprimer de l'article 66 la référence qui y est faite au principe de la non-duplication des activités départementales.

L'unicité des règles de soins. Le principe de l'unicité des règles de soins est ainsi formulé. La fédération est d'accord avec ce principe. Elle croit, par ailleurs, nécessaire d'en préciser la portée. Les règles

de soins pour une discipline doivent être élaborées par le chef du département clinique de soins spécialisés de la discipline concernée et pour toutes les activités relevant de sa discipline. Donnons un exemple: en chirurgie, toutes les règles de soins relatives aux chirurgies pratiquées dans le centre hospitalier, y compris à l'urgence, devraient être établies par le département de chirurgie. Pour nous, c'est ainsi que le principe juridique de l'unicité des règles de soins se traduirait au plan des faits par la pratique d'une même médecine, de même qualité.

Nous formulons ainsi ce principe de l'unicité des règles de soins: Chaque acte médical posé dans un centre hospitalier est soumis à des règles de soins uniques, sans égard au département dont le médecin est membre.
(16 h 15)

L'article 66 du projet propose de confier au Conseil des médecins et dentistes l'autorité d'approuver les règles de soins uniques. Nous croyons comprendre que le gouvernement y a vu un moyen d'arbitrer des litiges possibles entre des départements de soins spécialisés et le département de médecine générale. Tout en rejetant l'idée qu'une règle de soins puisse emprunter la voie du compromis, la fédération estime nécessaire que des mécanismes de concertation soient établis. Nous proposons ici un mode particulier d'intégration de la médecine générale dans l'organisation des départements: la formule a pour but de garantir l'application du principe de l'unicité des règles de soins.

Quant aux règles de soins appliquées dans le champ d'activités de la médecine générale, nous faisons trois recommandations. Premièrement, les règles de soins relatives aux actes posés dans une discipline sont élaborées par le chef du département clinique de soins spécialisés; elles sont établies après consultation du chef du département de médecine générale quant aux actes susceptibles d'être posés par les médecins omnipraticiens dans le champ d'activités de ce département. Deuxièmement, les règles de soins sont établies par le Conseil des médecins et dentistes lorsqu'il n'y a pas de département clinique de soins spécialisés dans une discipline. Troisièmement, le chef du département de médecine générale est responsable de veiller au respect des règles de soins quant aux gestes posés dans les secteurs d'activités de la médecine générale.

L'exécution des ordonnances médicales. Le projet de règlement d'application ne traite pas de l'exécution des ordonnances médicales, question dont l'importance nous paraît primordiale en regard de la qualité des soins et des coûts. Nous proposons d'inscrire au projet la disposition suivante:

Les règles de soins doivent prévoir les modalités d'exécution des ordonnances médicales et dentaires, ainsi que la durée et la fréquence des traitements prescrits.

Cette règle me paraît bien réfléchir l'étendue réelle de la responsabilité du médecin face au malade auquel il prescrit une thérapie. En la libellant ainsi, nous sommes d'avis que l'on mettrait un accent nécessaire sur l'impact économique des thérapies, ce qui devrait favoriser la répression des abus. C'est, nous semble-t-il, une dimension majeure du concept "règles de soins" que le projet actuel passe sous silence.

Les structures-cadres. Le projet de règlement d'application aménage certaines structures-cadres qu'il y a lieu d'examiner. Les réformes proposées appellent, selon nous, d'importants correctifs.

Les départements cliniques sous gestion intégrée. L'article 69 prévoit la formation d'un département de radiologie dont le chef aurait la responsabilité de gérer les ressources humaines, matérielles et financières. Voilà une approche véhiculée par le rapport Castonguay et qui s'est perdue au fil des ans. La fédération y souscrit sans réserve: la productivité, l'efficacité, la rationalité, le contrôle de la qualité des soins et l'économie passent par là.

Le gouvernement propose de faire de même en regard du département clinique des laboratoires de biologie médicale. Cela nous apparaît également nécessaire. Mais il y a plus. À notre avis, il y aurait lieu d'étendre ce régime d'organisation tant au département clinique de psychiatrie tel qu'il apparaissait dans l'avant-projet, qu'aux unités de soins cliniques en centre hospitalier.

Prenons l'exemple d'une unité de soins: il nous paraît clair qu'on y gagnerait tant au plan de l'efficacité que de l'économie si des unités de soins aussi importantes que le bloc opératoire ou les soins intensifs étaient placées sous l'autorité d'un chef de département clinique - ou d'un médecin coordonnateur - responsable d'en gérer les ressources humaines, matérielles et financières. Au vu du système multigéré actuel, dont on connaît les incohérences, l'improductivité et les coûts, nous sommes convaincus qu'il faut essayer autre chose. Pourquoi pas le type d'organisation qui, ailleurs, s'avère plus efficace? De plus, le chef d'une unité de soins doit être nommé selon la procédure de nomination d'un chef de département clinique.

Le département clinique des laboratoires de biologie médicale. L'article 70 propose de créer un département multidisciplinaire des laboratoires de biologie médicale. Il s'agit d'une réforme importante dont il y aurait lieu de préciser certains paramètres. Il nous paraît nécessaire de revoir l'article 70, en y ajoutant la disposition suivante:

"Chacun des laboratoires de biologie médicale forme un service clinique constituant. Il est dirigé par un médecin qui a une qualification de médecin spécialiste dans cette discipline; toutefois, peut être nommé au poste de chef de service de biochimie ou de microbiologie celui qui justifie d'un doctorat ou d'une maîtrise dans une discipline appropriée."

J'ajoute au mémoire, M. le Président, deux commentaires. Par anticipation, notre fédération tient à préciser que le rôle de gestion tel que prévu aux articles 69 et 70 ne brime en rien l'autonomie professionnelle du personnel oeuvrant à l'intérieur du département ou de l'unité de soins. Par ailleurs, les structures hospitalières existaient bien avant la rédaction du Code des professions, et les dispositions du Code des professions ne sont pas un modèle de structures hospitalières.

Le département de médecine générale. Le projet de règlement d'application propose la création de trois types de départements: les départements cliniques, le département de santé communautaire et le département de pharmacie. À notre avis, il y a dans la réalité quatre types de départements. En reconnaissant chacun d'eux en fonction de sa spécificité - différent dans l'égalité - nous sommes persuadés que tout le monde y trouverait son compte, et ce, dans l'harmonie. Il y va du meilleur intérêt des malades. Nous proposons de classer le département de médecine générale dans une section distincte, tout comme le département de santé communautaire, et d'y préciser sa mission propre, de même que les fonctions du médecin omnipraticien qui en dirigera les activités.

En regard de la mission du département de médecine générale, nous estimons que la description qu'en donne le deuxième paragraphe de l'article 67 peut être un objectif valable. Par ailleurs, il nous semblerait excessif de ne pas y introduire une norme de souplesse pour tenir compte des réalités locales, que l'on ne peut supprimer d'un trait de plume. Nous proposons donc le libellé suivant:

"Le plan d'organisation doit prévoir les activités qui sont exercées par le département de médecine générale en regard de l'urgence des cliniques externes de soins généraux et de soins prolongés."

Nous notons, par ailleurs, que le projet de règlement d'application est silencieux quant aux activités exercées par les médecins omnipraticiens dans les départements cliniques de soins spécialisés, telle l'obstétrique.

Il nous paraîtrait logique que ces médecins, outre leur appartenance aux départements de médecine générale, soient associés au département clinique de soins spécialisés, pour lesquels ils ont des

privileges de pratique, et y soient représentés par un délégué auprès du chef de ce département clinique en regard de ces activités.

Nous formulons, à l'annexe A de ce mémoire, les textes que nous proposons.

Partie 3. Encadrement et contrôle des activités médicales et dentaires. Premièrement, statuts et privilèges. Il faut se surprendre qu'il n'y ait aucune disposition concernant les privilèges de pratique au chapitre des statuts. C'est à l'article 97.2 que l'on peut en retrouver une définition. Or, cet article est attributif de compétence au comité d'examen des titres et il serait beaucoup plus opportun de prévoir, dans une disposition spécifique, la définition de la notion de "privilège de pratique" plutôt que de la confondre dans un texte attributif dont l'interprétation répond à des règles propres qui pourraient restreindre la portée d'une notion aussi importante que celle de "privilège de pratique".

La page suivante traite d'un sujet dont vous avez entendu parler beaucoup ces derniers jours: l'absence d'assiette juridique pour bien asseoir les pharmaciens dans le conseil des médecins et dentistes. Nous pourrions reprendre un peu ce que Me Brodeur vous a exposé précédemment. Vous êtes sensibilisés au problème.

Je passe au contrôle disciplinaire. Juridiction du comité de discipline. Compte tenu de la création d'un comité de discipline, il nous paraît normal que la filière du contrôle de la qualité des services médicaux et dentaires soit la plus directe et la plus continue et évite de permettre qu'une instance tamise les dossiers qu'elle pourrait être appelée à juger par la suite.

Dès lors, il est souhaitable que le comité d'évaluation médicale et dentaire puisse saisir le comité de discipline d'une plainte concernant un professionnel dont il a étudié le dossier, sans que cette plainte ne soit tamisée par le comité exécutif du conseil des médecins et dentistes. Il y a donc lieu de revoir la rédaction de l'article 100 sur cette question.

Afin de bien marquer l'autonomie du comité de discipline, il convient de retenir la formule déjà utilisée dans le Code des professions, selon laquelle toute personne peut porter une plainte auprès d'un comité de discipline. Même si c'est là permettre à quiconque de se plaindre, il n'y a pas lieu de croire, si l'on s'en remet par analogie à la situation prévalant dans les corporations professionnelles, qu'il y aurait des abus qui entraveraient le bon fonctionnement du comité de discipline. Il faut donc remanier les textes projetés de manière à rendre possible ce mode de dépôt de plaintes et à retirer au comité exécutif du conseil des médecins et dentistes le pouvoir exclusif de déposer une plainte auprès du comité de

discipline.

Enfin, le second paragraphe de l'article 101 réfère à l'étude de dossiers et modifie la composition du comité de discipline, selon que le dossier concerne l'une ou l'autre des catégories de professionnels ou encore selon qu'il s'agit de cas chirurgicaux ou de décès. Or, l'article 102 du règlement projeté indique que le rôle du comité de discipline est d'étudier toute plainte. Il nous semble que ce second paragraphe de l'article 101, qui est une répétition du second paragraphe de l'article 99, est inutile et rend confuse la juridiction du comité de discipline. Il y aurait lieu tout simplement de supprimer le second paragraphe de l'article 101.

Rôle du conseil d'administration. En matière disciplinaire et compte tenu de la structure proposée par le règlement, le seul rôle du conseil d'administration doit être celui d'imposer une sanction. En effet, le professionnel concerné, médecin ou dentiste, aura eu l'opportunité de se faire entendre et de faire valoir ses moyens devant deux instances, soit le comité de discipline et le comité exécutif du conseil des médecins et dentistes.

En conséquence, il n'est pas souhaitable de le soumettre à une troisième audition sur la question de l'opportunité de retenir une sanction. Toutefois, afin d'être le plus respectueux possible des droits du professionnel concerné, il y a lieu de permettre à celui-ci de se faire entendre par le conseil d'administration avant que le conseil ne décide de la sanction qui doit lui être imposée. Le libellé de l'article 106 doit donc être revu de manière à prévoir sans équivoque que le conseil d'administration, lorsqu'il est saisi d'une recommandation de l'exécutif du conseil des médecins et dentistes, doit imposer une sanction. De plus, il importe de bien préciser la nature des sanctions qui peuvent être imposées. À cette fin, nous croyons que l'énumération prévue à l'article 255 du règlement actuel en vigueur fournit un éventail de mesures suffisantes à l'exercice du devoir de sanctionner et doit être reprise dans le texte du futur règlement.

Suspension d'urgence. S'il y a lieu de maintenir un mécanisme exceptionnel de suspension immédiate, il faut néanmoins l'assortir de garanties respectueuses des droits du professionnel visé par la mesure et destinées à éviter tout risque d'abus de cette procédure qui ne doit pas se substituer à la procédure ordinaire du contrôle disciplinaire.

À cet égard, la fédération demande que: premièrement, le pouvoir de suspension immédiate soit restreint aux cas d'urgence grave; deuxièmement, le pouvoir de suspension immédiate soit confié aux seules autorités médicales et dentaires, en l'occurrence, le président du conseil des médecins et dentistes, le chef du

département compétent et le directeur des services professionnels; troisièmement, la suspension d'urgence emporte ipso facto l'introduction d'une plainte devant le comité de discipline qui doit en disposer immédiatement; quatrièmement, le comité de discipline peut, avant de statuer sur la plainte, lever la suspension.
(16 h 30)

Quatrième partie. Les droits des bénéficiaires. Par-delà les questions relatives aux structures de gestion et aux structures professionnelles dans les établissements de santé, la Fédération des médecins spécialistes du Québec estime essentiel de formuler des commentaires sur des questions relatives à la finalité même de ces établissements, soit la prestation de services de qualité aux bénéficiaires auxquels le législateur a reconnu des droits importants.

Premièrement, le droit aux services. Le second paragraphe de l'article 20 est d'une portée ambiguë et, ainsi, peut prêter à plusieurs interprétations. On peut l'interpréter comme une limite au droit du patient de recevoir des services. Si tel est le cas, la réserve contenue à l'article 4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est largement suffisante et ce paragraphe est inutile. Cette mesure pourrait peut-être aussi être interprétée comme imposant aux médecins, exerçant en cabinet sans être membre d'un conseil des médecins et dentistes, le devoir de connaître les règles de soins et les règles d'utilisation des ressources adoptées dans un centre hospitalier avant d'y référer un patient pour fins de diagnostic. Si tel était le cas, le second paragraphe serait encore inutile, puisque le refus de services auquel serait confronté le patient pourrait se fonder sur la réserve de l'article 4 de la loi.

Par ailleurs, en raison de l'importance pour le bénéficiaire de faire l'objet d'une évaluation adéquate de son état avant d'être admis dans un centre de réadaptation, il y a lieu de prévoir à l'article 42 la nécessité d'une évaluation médicale de l'état du bénéficiaire. La décision d'admettre sera dès lors plus éclairée et le risque d'une admission dans un centre peu ou mal adapté aux besoins du bénéficiaire en sera d'autant diminué.

Deuxièmement, les droits accessoires. Le droit à l'information. Sans oublier les théories juridiques fondées sur le droit à l'intégrité physique, c'est au droit du patient à l'information que se rattache l'obligation d'obtenir son consentement à des soins ou à des services. Or, ce droit à l'information du patient découle surtout de l'obligation à laquelle sont tenus les membres de presque toutes les corporations professionnelles du secteur de la santé et des services sociaux par le biais du code de déontologie de chacune des corporations. Il nous semble

donc que le patient a le strict droit de recevoir l'information nécessaire non seulement pour l'anesthésie et les interventions chirurgicales, mais aussi pour les autres soins et traitements. Le patient pourrait alors consentir de manière éclairée.

L'article 29 devrait donc compter deux paragraphes dont le premier se lirait ainsi: "Une personne inscrite ou admise dans un centre hospitalier ou son représentant légal doit recevoir les informations appropriées aux examens, soins et traitements requis par son état."

De plus, la fédération n'estime pas opportun que le règlement impose au bénéficiaire, ainsi qu'à son médecin ou à son dentiste l'obligation d'attester par écrit que le bénéficiaire a reçu les informations appropriées. La fédération voit mal comment on pourrait contraindre le bénéficiaire à signer cet écrit et surtout comment on pourrait voir au respect de cette obligation dont la contravention emporterait en principe une sanction pénale. Ira-t-on jusqu'à le menacer de poursuite pénale? Il est à espérer que cette idée n'a jamais traversé l'esprit des concepteurs du règlement. Si cette obligation doit avoir une finalité, c'est d'une finalité pédagogique qu'il s'agit. Il ne nous semble pas que le texte réglementaire soit le véhicule approprié à cette fin et, en conséquence, nous recommandons que l'obligation de l'attestation écrite soit supprimée de l'article 29.

Outre le principe de la confidentialité du dossier, l'article 7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux énonce le droit d'accès du bénéficiaire au dossier qui a été constitué pour lui dans un établissement. Le législateur a formulé ce droit de telle manière qu'il puisse s'exercer librement et sans autorisation préalable sauf les cas, qui devraient être exceptionnels, où l'établissement refuse de respecter ce droit. L'article 61 vient restreindre ce droit en soumettant à la discrétion judiciaire le droit d'accès. En effet, la vaste majorité des documents contenus dans un dossier sont soit des originaux, soit des exemplaires uniques et, dès lors, ne pourront être retirés sans autorisation judiciaire.

Il nous semble qu'il serait plus conforme avec l'esprit de la loi et avec la valorisation du droit à l'information, de prévoir que l'établissement doit, sur demande et moyennant une indemnisation raisonnable, fournir au bénéficiaire une copie de tout document inclus dans le dossier qui a été constitué. Le défaut de respecter cette obligation pourrait être sanctionné par un ordre d'un juge de la Cour supérieure. Si nous optons pour ce tribunal, c'est en raison de ce que la notion de "tribunal", entre guillemets, est, lorsque utilisée seule, imprécise et pourrait mener le bénéficiaire auprès d'un "tribunal" qui déclarerait ne pas

avoir juridiction à cet égard. Pour ce qui est du retrait des originaux, les règles ordinaires de la preuve et de l'assignation des témoins suffisent pour permettre à tout tribunal compétent de l'exiger.

Le droit à la confidentialité. La version actuelle du règlement, à l'article 93, prévoit que les représentants de la Corporation professionnelle des médecins, ainsi que ceux de l'Ordre des dentistes peuvent prendre connaissance du dossier d'un bénéficiaire pour fins d'évaluation des soins dispensés par un membre de l'une ou l'autre corporation. L'article 62 du projet propose d'étendre ce droit aux représentants de toute corporation professionnelle. Un tel droit d'accès constitue un accroc important au droit du patient à la confidentialité de son dossier. La nécessité impérative d'un tel accroc doit être démontrée pour pouvoir être justifiée. Or, rien ne permet de croire que l'accès au dossier du bénéficiaire constitue un prérequis essentiel à l'exercice des fonctions d'inspection et de discipline de chacune des corporations professionnelles du secteur de la santé et des services sociaux. C'est uniquement dans le cas où le dossier témoigne de la qualité des soins ou des services fournis par un professionnel, ce qui, outre le cas des médecins et des dentistes, est plutôt rare, que l'accès à ce dossier est nécessaire.

Pour les cas exceptionnels, le législateur a prévu, à l'article 7 de la loi, un mécanisme judiciaire d'accès au dossier. Il y aurait lieu de s'y reporter. Les représentants des corporations professionnelles peuvent ainsi s'adresser à un tribunal compétent et obtenir, après avoir convaincu le juge de l'opportunité de leur demande, l'autorisation d'accéder au dossier des bénéficiaires selon les modalités que le juge estimera les plus appropriées.

En conclusion, la Fédération des médecins spécialistes est, évidemment, d'accord avec le principe d'une refonte importante apportée à une réglementation devenue vétuste et quasi inopérante. Toutefois cette refonte doit tenir compte de la nécessité absolue de maintenir - à tout le moins - la qualité de la pratique de la médecine chez nous, en même temps que s'amélioreront l'accessibilité et le contrôle des coûts. C'est précisément à la consolidation de ce triangle essentiel que nous voulons collaborer activement par le dépôt de ce mémoire.

Je vous remercie, M. le Président et MM. les membres de cette commission.

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

M. Johnson (Anjou): Merci, Dr Desjardins, de votre excellent mémoire, fouillé, précis, avec des alternatives

également. Je ne vous remercierai pas de l'avoir résumé parce que vous l'avez lu. Néanmoins, étant donné l'heure, ça ne pose pas de problèmes, d'autant plus que je pense que ça nous a permis de saisir, ne serait-ce que par vos inflexions, l'importance que vous accordez à certaines choses.

À la page 5, sur le principe de la non-duplication, "voilà - nous dites-vous - une règle bien ambiguë. On pourrait en rechercher longtemps la portée réelle. Qu'entend-on interdire? Toutes les hypothèses sont possibles". Et vous procédez dans la page qui suit à démontrer combien le principe de la non-duplication vous apparaît comme un danger. Moi, je vais le poser à l'envers. Peut-être avez-vous des réponses à nos préoccupations. Exemple, l'échographie dans l'hôpital. Est-ce que ce sont les gynécobstétriciens ou les radiologistes qui vont avoir la juridiction sur ce secteur très important des équipements que représente l'échographie? Je pourrais peut-être parler de l'électro-myographie dans le cas de la physiothérapie ou des neurologues ou des choses de cette nature. C'est un peu ce que l'on recherche. Dans le fond, finalement, il y a parmi les ressources matérielles, entre autres, des ressources très importantes. Le principe de la non-duplication de juridiction des départements sur ces équipements nous apparaît une chose souhaitable qui va, par définition, être tranchée au niveau du plan d'organisation par le conseil d'administration qui, entre vous et moi, serait bien fou de ne pas consulter le CMD avant de prendre sa décision. Dans le fond, c'est un peu en pensant à des choses comme celle-là qu'on introduit ce principe. J'aimerais peut-être vous entendre un peu réagir.

M. Desjardins: Le problème de l'échographie, c'est l'exemple qu'on vous a soumis. Je vous remercie de l'avoir ramené pour qu'on puisse en discuter. C'est un sujet très complexe qui touche quelque neuf sortes de disciplines de la médecine spécialisée. C'est la raison pour laquelle on vous demande de supprimer cette portion de cet article; parce qu'il n'est pas possible que ces neuf sortes de médecine spécialisée se retrouvent à l'intérieur d'un seul département. C'est impensable. Cela prend donc une accessibilité à cela pour les neuf sortes sans qu'il y ait ce cloisonnement étanche qu'on comprend être le libellé de cet article. Vous avez soulevé la radiologie, l'obstétrique et la gynécologie, ajoutons à cela l'ophtalmologie, la neurochirurgie, la neurologie, la cardiologie. La cardiologie, c'est pour eux un outil de travail absolument indispensable. Vous ne pouvez pas avoir un bon service de cardiologie, si vous n'avez pas, aujourd'hui en 1983, de l'échocardiologie. C'est impensable. Même à Rimouski, M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Merci, je prends note. Unicité des règles de soins. C'est un peu plus corsé. Vous nous dites qu'à l'égard des règles de soins, elles devraient être uniques, ce qui est un principe qu'on a introduit. Son application dans le cas de l'existence d'un département de médecine générale qui a la juridiction ou enfin qui s'occupe de l'urgence ou qui a la responsabilité de l'urgence en tant que médecine de première ligne, vous croyez qu'il faudrait que les règles de soins proviennent par définition du département spécialisé. Exemple, les lacérations mineures, le traitement des brûlures au premier degré, les rhumes. C'est bien connu, d'ailleurs, la médecine, en général, ne peut rien contre les rhumes. Pas plus la médecine omnipratique que la spécialisée. Vous verriez que ces règles de soins, si on a affaire à un hôpital où il y a des spécialités, proviennent du chef de département spécialisé.

M. Desjardins: C'est simple, M. le ministre, si vous me permettez. On prétend que c'est la règle du plus compétent, tout simplement. La règle doit être faite par celui qui est le plus compétent. Ce que vous soulevez au niveau de la chirurgie que vous appelez mineure, je dois vous dire que ce n'est pas toujours facile de distinguer entre de la chirurgie mineure et la chirurgie majeure. Vous savez, parce qu'on vous l'a déjà écrit, qu'il n'y a pas d'anesthésie mineure.

M. Johnson (Anjou): On pourrait peut-être faire une commission rogatoire et aller siéger à Rimouski. Il reste cependant que je regarde les publications médicales, je regarde aussi une certaine cohérence à la notion de la responsabilité médicale, on est médecin ou on ne l'est pas. On n'est pas nécessairement spécialiste, je n'en disconviens pas. La corporation a un rôle de surveillance, non seulement l'application du code d'éthique, mais de la qualité de ce qui est fait par les médecins. Des médecins omnipraticiens dans des situations, notamment, dans les régions périphériques où notamment quand ils recouvrent leur privilège de faire de la chirurgie mineure en fonction de l'heure du coucher du soleil, finalement, assument des actes de responsabilité et entraînent leur responsabilité professionnelle, la règle... Pardon.

M. Desjardins: Il n'y a rien qui s'oppose à ça. Si vous regardez le deuxième de la page 9, on dit que cela relève du conseil des médecins et dentistes.

M. Johnson (Anjou): Et dans ce contexte, est-ce qu'une formulation comme celle que suggère la corporation ne serait pas intéressante? Le deuxième paragraphe de

66 dit 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.

Est-ce que vous considérez qu'une bonne partie, sinon la totalité des objectifs, que vous avez à la page 9, 1, 2 et 3, serait remplie par une formulation comme celle de la corporation?

M. Desjardins: Pourriez-vous répéter, s'il vous plaît?

M. Johnson (Anjou): La corporation suggère à l'article 66, au deuxième paragraphe, que l'on dise ceci: 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.

M. Desjardins: Si je comprends bien, dans cela, il n'y a rien qui dit qui l'a faite, d'où elle vient; il faudrait ajouter que cette règle doit être édictée par le chef du département clinique de médecine spécialisée. À ce moment, je présume que la phrase reviendrait au même.

M. Johnson (Anjou): J'allais vous répondre par la loi, mais cela aurait été inexact. Vos conseillers juridiques, qui ont beaucoup d'expérience dans ce domaine, m'auraient sûrement rattrapé rapidement.

Vous vous réferez à la règle du "plus compétent"; je ne veux pas entrer dans un tel débat qui soulève bien des choses. D'ailleurs, ça dure depuis Hippocrate.

Il est bien clair que, si la vision qu'on a est celle d'un département à l'intérieur d'un hôpital universitaire avec tous les services, quand tu as quatorze internes dans une boîte, quarante-huit chirurgiens, une douzaine d'omnipraticiens qui s'affairent à l'urgence, il y a de bonnes chances que les omnipraticiens puissent apprendre quelque chose de la boîte, c'est évident sur le plan scientifique, sur le plan de la qualité, des nouvelles procédures d'utilisation de certains nouveaux médicaments, etc. Il y a une espèce de symbiose dans la réalité qui s'établit habituellement dans les milieux spécialisés au niveau des omnipraticiens. Si vous prenez un hôpital qui a une très forte majorité d'omnipraticiens, qui pratique une bonne médecine, à propos de laquelle la corporation n'a rien à redire, dont, en général, les citoyens ne se plaignent pas et à juste titre, vous avez, dans cet établissement, dans une région qui n'est pas un grand centre urbain, mais qui n'est pas nécessairement non plus au nord de Blanc-Sablon, et si vous avez un spécialiste en médecine interne et qui s'adonne à faire surtout de la gastro-entérologie et beaucoup

d'endoscopie, je ne suis pas sûr, moi, que les gens qui pratiquent la médecine générale de première ligne et quasiment de deuxième ligne avec le management des arythmies cardiaques, parce que c'est eux qui s'en occupent à l'urgence, ne sont pas aptes à avoir une contribution extrêmement importante. Est-ce que ça deviendrait la responsabilité du gastro-entérologue dans cet établissement qui s'adonne à être au département de médecine interne à faire ou à "initier", comme vous dites, des règles de soins, alors que, dans le fond, le gros et la majorité des activités sont celles des omnipraticiens et, encore une fois, il y a un contexte qui balise cela et qui, en présence de la corporation...

M. Desjardins: Est-ce que je peux répondre?

M. Johnson (Anjou): Oui, je vous en prie.

M. Desjardins: Il me semble que c'est relativement simple sur le plan des concepts. Un centre hospitalier se crée avec un petit nombre de médecins. Ce petit nombre de médecins se regroupent dans un conseil des médecins et dentistes. C'est la première chose. Le conseil des médecins et dentistes voit au bon fonctionnement de ce centre, que se soit les lits sur les étages, l'urgence, le premier étage et tout ce qui peut s'y rattacher. Et tout à coup, cela grossit, la population augmente, l'hôpital grossit, le nombre de médecins grossit et vient un moment où le conseil des médecins et dentistes dit: C'est trop gros pour nous; nous allons maintenant former des départements. À partir du moment où il se forme un département, il y a un chef de département clinique, qui est un médecin spécialiste qui a ce rôle qui lui est dévolu par le conseil des médecins et dentistes de faire les règles de soins. En attendant que l'hôpital soit suffisamment gros pour avoir des départements, le conseil des médecins et dentistes a cette autorité et cette responsabilité.

Si vous me le permettez, je pourrais vous citer un bout de phrase que je suis allé chercher dans le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux de mai 1983, où on reprend cette notion qui n'est pas une vue de l'esprit, c'est quelque chose de canadien. Si on veut ajouter à cela, l'American Joint Hospital Accreditation Committee dit à peu près la même chose, mais dans une autre langue.

Je vais donc me servir du Conseil canadien d'agrément des hôpitaux de mai 1983. À la section organisation et administration des conseils de médecins et dentistes, il est dit: "On devrait prévoir la formation de départements lorsque la

complexité des fonctions cliniques dépasse la capacité du conseil des médecins et dentistes de s'en occuper." Donc, ce n'est pas toujours nécessaire qu'il y en ait; mais lorsqu'il y en a, ces départements doivent être dirigés par un chef de département clinique qui est un médecin spécialiste qui, lui, prend la responsabilité d'édicter cette règle de soins qui doit être unique dans l'établissement.

Si vous me le permettez, je vais continuer avec un autre paragraphe qui pourrait aller ici ou un peu plus loin. Je pourrai vous le reciter si vous le voulez: "Il serait souhaitable que les omnipraticiens établissent un service de médecine générale ou de médecine familiale; des privilèges cliniques limités dans certaines unités de soins pourront être accordés de la même manière que pour les départements cliniques spécialisés. Les privilèges des omnipraticiens dans les départements devront être la responsabilité du chef de département spécialisé en question." Je recoupe deux choses et je les réalise. Mais pour l'unicité de la règle de soins, il n'y a qu'une façon de la formuler.

M. Johnson (Anjou): Quand vous me donniez la genèse d'un établissement hospitalier - j'ai failli continuer votre raisonnement et dire: À un moment donné, il va s'affilier à l'université - vous me disiez...

M. Desjardins: Former une université.

M. Johnson (Anjou): Il va former une université.

Des voix: Ah! Ah! Ah!

M. Johnson (Anjou): Dans le fond, au début, cela part car il y a relativement peu de cliniciens et il y a un CMD; mais, à un moment donné, les choses se complexifient à cause du nombre, de la diversité des services et là, on crée un département. J'aurais peut-être tendance à vous renvoyer, en boutade: dans certaines régions du Québec, il n'y a pas de danger qu'on crée des départements parce qu'il n'y a pas de spécialistes. Tous les hôpitaux n'aspirent pas nécessairement à devenir aussi complexes.

M. Desjardins: ...syndiqué pour parler du contingentement des postes, M. le ministre?

M. Johnson (Anjou): Je sens qu'on pourrait se ramasser à un quatrième niveau rapidement. On va peut-être laisser ce sujet.

M. Desjardins: Cela se forme, des médecins spécialistes.

M. Johnson (Anjou): En effet, c'est pour cela que le Québec en forme plus qu'ailleurs au Canada.

M. Desjardins: Vous avez bien pris soin de ne pas mentionner les États-Unis.

M. Johnson (Anjou): Sûrement, ils sont 80%. C'est pour cela que les organismes que vous avez cités tout à l'heure disent que ce sont des spécialistes qui doivent s'en occuper; ils dominent les associations.

M. Desjardins: L'autre est canadien.

M. Johnson (Anjou): Oui. Je pense que sur la règle de l'unicité, on prend bonne note à la fois de votre mémoire et des affirmations que vous y faites. Je pense que c'est un problème relativement complexe dans la mesure où on a affaire à des réalités extrêmement diversifiées. Je crois comprendre que l'ouverture que vous faites à cette notion d'implication des médecins généralistes, c'est dans le paragraphe 2 de la proposition que vous faites à la page 9 quand vous dites: C'est le conseil des médecins et dentistes qui le fait lorsqu'il n'y a pas de département clinique de soins spécialisés.

M. Desjardins: Au paragraphe 1 aussi, c'est une ouverture...

M. Johnson (Anjou): Une collaboration.

M. Desjardins: ...de telle sorte que tout puisse se faire dans l'harmonie.

M. Johnson (Anjou): Sur l'exécution des ordonnances médicales - j'aimerais peut-être entendre vos conseillers ou vous-même - pourquoi proposez-vous d'inscrire au projet la notion que les règles de soins doivent prévoir les modalités d'exécution des ordonnances médicales et dentaires ainsi que la durée et la fréquence des traitements prescrits?

M. David (Roger): Bien, il s'agit simplement de savoir si les rapports, qui sont parfois incertains entre les médecins, spécialistes ou omnipraticiens, et les paramédicaux, doivent se clarifier alors que l'on comprend, dans la réalité actuelle, que ces clarifications sont nécessaires, surtout à partir du moment où il faut - dans certains hôpitaux - s'adresser aux tribunaux pour savoir si un médecin spécialiste peut garantir à son patient que son ordonnance médicale sera exécutée selon sa teneur. Tout ceci découle, malheureusement, de certaines fictions qui se sont créées dans l'esprit des gens autour de la réforme du droit des professions. On a confondu ce qui s'appelle l'autonomie professionnelle avec une sorte de non-hiérarchisation des rapports entre les professionnels, de telle sorte qu'on constate aujourd'hui que lorsque le médecin spécialiste confie l'exécution d'une ordonnance de traitements en physiothérapie - ou dans un autre secteur de traitements - il a de la

difficulté à obtenir que son ordonnance soit exécutée. Ce qui se passe en réalité, et c'est une chose que déplore de plus le médecin spécialiste, c'est qu'il a l'impression, voire la certitude, qu'une fois qu'il a donné son ordonnance, son patient, celui auquel il doit répondre, celui dont il est responsable des soins, va être récupéré par un autre professionnel qui, bien intentionné, va le considérer comme son propre patient. Cela devient un enfer au niveau des rapports entre les divers intervenants professionnels dans un centre hospitalier. Essentiellement, il s'agit de savoir qui est responsable du patient.

M. Desjardins: Si ce n'était pas "sub judge", on pourrait demander au juge Sauvé de venir nous aider à argumenter sur cela.

M. Johnson (Anjou): Oui, j'avais cru comprendre que vous évoquiez des choses de cette nature, bien que mon expérience de la réglementation, depuis environ deux ans, m'amène à considérer qu'il est bien rare qu'un règlement puisse changer quelque chose aux décisions de la Cour supérieure, surtout avant que le jugement soit rendu. Peut-être que Me Molinari, Me Aquin ou Me David veulent nous en parler, parce que je sais qu'ils ont tous les trois, et en particulier deux d'entre eux, publié, à ma connaissance, là-dessus. Ils voudraient peut-être détailler un peu. Est-ce prévu dans nos lois professionnelles, par exemple, que dans le cas de la physiothérapie, les physiothérapeutes ont une marge en vertu de la loi elle-même à l'égard non pas de la prescription, mais de l'exécution de l'ordonnance? N'y a-t-il pas une base juridique?

M. Molinari (Patrick): Je conçois, M. le ministre, que c'est un secteur particulièrement difficile. Le découpage des champs professionnels dans le Code des professions est quelque chose qui a été fait, il y a une dizaine d'années, dans des circonstances qui n'étaient pas des plus harmonieuses et des plus simples. Il est extrêmement difficile, je pense, à la lecture des onze et douze lois professionnelles qui concernent des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux, de placer ou de déterminer la hiérarchie qui peut exister. D'une part, parce qu'elle est mal définie en tant que telle et, d'autre part, parce qu'elle ne tient pas nécessairement compte non plus des milieux dans lesquels s'exerce l'activité professionnelle. Je conçois, par exemple, que dans certains cas, un physiothérapeute qui travaille effectivement pour un club de hockey ait la liberté de choix d'un certain nombre de moyens. Il n'y est pas aussi évident qu'un physiothérapeute qui travaille dans un milieu hospitalier avec un physiatre

ait une aussi grande liberté de choix. C'est un peu dans cette perspective que la proposition d'inclure dans les règles de soins le respect des ordonnances a été formulée. (17 heures)

Je conviens avec vous qu'on ne peut pas dissiper les difficultés ni les ambiguïtés par un texte réglementaire. On peut cependant marquer des intentions et chercher à atteindre des objectifs.

M. Aquin (François): Si vous me permettez, M. le ministre, nous sommes soucieux comme vous de ne pas aller dans une voie de sur ou d'hyperréglementation, mais je pense qu'un texte réglementaire ici pourrait avoir l'avantage de déjudiciariser ces rapports. Je veux revenir sur un point que Me David soulevait, que je trouve vital. C'est que, lorsque est arrivé le Code des professions, le but, c'était la protection du public, et le moyen, ce fut de donner aux corporations professionnelles une autonomie; mais l'autonomie des corporations professionnelles, ce n'est pas l'autonomie absolue des professionnels, à telle enseigne que cela n'a pas changé les réalités existantes. On n'a pas attribué plus de juridiction ou d'attributions à des professionnels en particulier. On n'a pas hiérarchisé des professionnels, on ne les a pas non plus égalés. Ce que je trouve très important, c'est qu'aussi on n'a pas changé le droit. Quand on est devant la primauté de l'ordonnance médicale, on est dans le droit commun, parce que, lorsque les médecins se retrouvent devant des tribunaux à responsabilité professionnelle, l'équipe médicale est encore considérée par tous nos tribunaux comme étant sous la juridiction du médecin. Je penserais, nous pensons ici... Évidemment nous serions devant un règlement dont la rédaction, les règles de rédaction seraient assez complexes, mais qui aurait l'avantage de poser des balises et de réinscrire ici un principe.

M. Johnson (Anjou): À la page 11, où vous suggérez d'étendre ce qu'on a introduit dans le cas de la radiologie puis des laboratoires à la psychiatrie et aux unités de soins cliniques, j'en prends note.

Dans le cas des départements cliniques des laboratoires de biologie médicale, là aussi la corporation nous propose un texte. Je remarque que vous nous en proposez un aussi. Vous êtes extrêmement précis, vous dites: peut être nommé au poste de chef de service de biochimie ou de microbiologie celui qui justifie d'un doctorat ou d'une maîtrise dans une discipline appropriée. En ce sens-là, à toutes fins utiles, c'est reconnaître la réalité de nombreux établissements où ces départements ou services, selon le cas, sont dirigés par des PhD ou des MSc plutôt que des MD.

La corporation, elle, suggère une formulation à l'article 70 qui serait la suivante: Le plan d'organisation d'un centre hospitalier de soins de courte durée doit prévoir la mise sur pied d'un département clinique de laboratoires de biologie médicale; ce département doit comprendre, entre autres, l'anatomo-pathologie, la biochimie, l'hématologie et la microbiologie s'il n'existe pas de département distinct. Sous l'autorité du directeur des services professionnels, le chef de ce département clinique gère les ressources humaines, matérielles...

On parle donc ici du département. On n'exclut pas qu'il puisse y avoir des services. Je présume que, dans la mesure où il y a des services - puisqu'on n'exclut pas la création de ces services - on ne doit pas non plus exclure que les MSc ou les PhD puissent les diriger.

Remarquez que votre formulation a l'avantage d'être explicite dans le cas de la microbio et de la biochimie.

M. Desjardins: Je pense que ce que la corporation dit et ce que nous disons c'est exactement la même chose. La corporation a tenté de préciser ce qu'était la biologie médicale en énumérant les quatre disciplines.

M. Johnson (Anjou): Au fond, votre formulation serait plus restrictive dans la mesure... Je suis sûr que la corporation nous corrigera, quitte à ce que ce soit après la commission. Je crois comprendre que, dans la formulation de la corporation, on n'exclut pas la possibilité que le chef du département ne soit pas un médecin. Est-ce que je me trompe?

M. Desjardins: À mon point de vue, oui, parce que ce n'est pas cela que cela veut dire. Il y a un autre article un petit peu plus loin qui dit: "que tous les départements doivent être, à l'exception de celui de la médecine générale, sous la direction..."

M. Johnson (Anjou): Vous semblez vous être livré à de longues soirées d'exercice juridique, docteur.

M. Desjardins: Sans avoir de diplôme, toutefois.

M. Johnson (Anjou): Cela va pour ce point. Je pense que votre texte est absolument explicite sur les départements de médecine générale, quant à votre position, bien que j'essaie de voir notamment à la page 14 quand vous parlez de la précision de la mission propre, de même que des fonctions du médecin omnipraticien, concrètement, par exemple, à l'égard de l'urgence, comment cela se traduirait par opposition à la formulation que nous proposons d'emblée. Comment verriez-vous,

je ne vous demande pas de me donner le texte réglementaire, mais la dynamique? En gros, nous disons: Il y a des départements de médecine générale, il y en a partout, sauf au Montreal Neurological Institute et à l'Institut de cardiologie, ou à peu près. Ils s'occupent de l'urgence des soins prolongés. Dans votre formulation, c'est quoi l'admission propre de la médecine générale?

M. Desjardins: C'est la même chose, nous l'avons en bas de la page 14: l'urgence, les cliniques externes de soins généraux et possiblement des soins prolongés, sauf que c'est concordant avec l'unicité de la règle de soins.

M. Johnson (Anjou): C'est cela. Vous ne faites la concordance qu'avec le principe de l'unicité de règle de soins. Cela va.

Statuts et privilèges, article 97.2, les définitions. Est-ce que je pourrais vous entendre réagir à la proposition de l'Association des hôpitaux du Québec, quant aux statuts actifs, associés, conseils et honoraires en fonction, à toutes fins utiles, de la notion d'une participation principale ou subsidiaire aux activités cliniques de l'établissement?

M. Desjardins: On pense que c'est tourner le monde à l'envers. Cela n'a pas de bon sens, on s'y oppose. On vous suggère de maintenir les statuts d'appartenance au conseil des médecins et dentistes comme cela existe dans le moment. C'est le mode d'intégration au niveau du centre hospitalier par l'entremise du conseil des médecins et dentistes. Après cela, le comité d'évaluation des titres et le conseil des médecins et dentistes vont recommander au conseil d'administration l'octroi d'un certain nombre de privilèges. Ces privilèges sont en regard du champ d'activité de la médecine que veut pratiquer le candidat.

Après cela, l'intégration de ce médecin dans son département, c'est son chef de département clinique qui la fait. Il reçoit les nouveaux médecins et c'est lui qui va décider quelles sont les attributions et les responsabilités qu'il leur accordera, mais ce n'est pas le contraire.

M. Johnson (Anjou): Vote opinion est extrêmement claire.

Sur les comités de discipline, je dois vous dire - sans doute, après vos explications, mon étonnement disparaîtra - un certain étonnement devant la proposition que vous faites, que finalement ce ne soit pas nécessaire de passer par l'exécutif du CMD pour aller au comité de discipline. Pourquoi proposez-vous ce changement? L'Association des conseils de médecins et dentistes, je pense, s'inscrirait plutôt en faux à votre proposition. Est-ce que je pourrais

avoir une explication?

M. David: L'explication est fort simple. Si l'on place le comité exécutif comme tamis des plaintes, on a l'impression qu'on va le placer, le cas échéant, dans une position intenable. Une plainte qui, à sa face même, pourrait paraître frivole, il y a moyen de faire un bon millage avec si l'on dit qu'elle a été écartée sans même que le comité de discipline ait pu la considérer et décider qu'elle était frivole. C'est strictement pour éviter que l'on questionne ou que l'on s'interroge sur l'impartialité du comité exécutif face au mécanisme de plainte. Il n'y a rien de majeur là-dedans.

M. Johnson (Anjou): Quant au rôle du conseil d'administration, j'ai tendance à retenir votre approche: dans le fond, si les pairs, par les comités de discipline et par le cheminement que vous proposez notamment, ont décidé qu'il y a eu un problème, il n'appartient pas au conseil d'administration qui n'est pas formé de pairs, justement, de décider de l'opportunité des sanctions. Vous dites qu'il devrait l'imposer et, si je comprends bien, en général, c'est plutôt pour toutes sortes de raisons. C'est un peu embarrassant pour les conseils d'administration quand ils ont à prendre une décision de la nature de la sanction à l'égard d'un médecin quand ça vient de non-médecins. Or, ce que vous voulez, c'est le renforcement de la règle des pairs, si je comprends bien.

M. Desjardins: Que le conseil d'administration n'ait qu'à appliquer la sanction.

M. Johnson (Anjou): Mais qu'il y ait des choix de sanctions, qui sont ceux de l'ancien règlement.

M. Desjardins: Par ailleurs, cela nous paraît important que ces choix soient déterminés; c'est le bas du paragraphe de la page 21.

M. Johnson (Anjou): En reprenant le texte de l'ancien règlement.

Page 22, sur la question du pouvoir de suspension immédiate, ce que je vois à travers votre proposition, c'est, encore une fois, la prédominance ou la quasi-exclusivité de la règle des pairs; dans le fond, vous venez de faire sauter le DG à deuxièmement.

M. Desjardins: Pour de bonnes raisons.

M. Johnson (Anjou): Bien, je suis sûr que vous allez pouvoir nous en donner, docteur, je vous écoute.

M. Desjardins: Bon, ce sont des cas d'espèce qu'on pourrait raconter.

M. Johnson (Anjou): On ne vous demandera pas de faire ça.

M. Desjardins: Ce ne serait pas l'endroit pour le faire, non plus.

Les DSP dans les centres hospitaliers, vous le savez, ce sont des individus qui sont responsables. Quand dans un centre hospitalier le chef du département clinique, le président du Conseil des médecins et dentistes et le DSP ne pensent pas que la suspension immédiate doit être appliquée, moi je trouve que le DG a une grosse côte à remonter, quand lui décide tout seul de faire cela.

Alors, c'est pour cela qu'on a enlevé la possibilité pour le directeur général d'y procéder et on laisse les trois instances médicales, dont le directeur des services professionnels.

M. Johnson (Anjou): Les droits des bénéficiaires, c'est considérable, ces dispositions de votre mémoire; je pense que c'est un sujet extrêmement important. Vous nous faites une démonstration presque par l'absurde qu'on est aussi bien de ne pas l'avoir, l'article 20.

J'aimerais peut-être vous entendre reprendre votre raisonnement là-dessus.

M. Molinari: Bien, il s'agit encore, M. le ministre, si vous le permettez, de se demander à quoi correspond la nécessité d'introduire une norme réglementaire alors qu'il existe déjà des normes législatives qui sont susceptibles d'application à des cas identiques. Je pense que de poser, comme le fait le projet de règlement au 2e paragraphe de l'article 20, que l'enregistrement du bénéficiaire est soumis au respect des règles de soins, si on pousse ça à la limite, cela signifie qu'on pourrait refuser d'enregistrer le bénéficiaire si nous interprétons bien la teneur de cette disposition. Il faudra alors se demander si l'établissement serait autorisé à formuler un tel refus de services. Dans la vaste majorité des cas, la réponse est oui; non seulement serait-il autorisé, mais la limite prévue à l'article 4 de la loi sur le droit aux services s'appliquerait de plein droit. En vérité, nous ne voyons pas le type de problème que cherche à régler ce deuxième paragraphe de l'article 20. C'est pour cela que nous en recommandons tout simplement la suppression, prétendant que la loi est tout à fait suffisante à cet égard et que s'il y a des règles internes de l'établissement que le patient ou le bénéficiaire ne veut pas respecter, l'établissement est justifié de refuser de fournir les soins et les traitements, selon l'article 4 de la loi.

(17 h 15)

M. Johnson (Anjou): Oui, mais quand l'article 4 parle des ressources disponibles, c'est compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent les services. Par exemple, pour une douleur abdominale, dans les règles de soins on dit: Ici, cela ne se fait pas une plaque simple en radiologie de routine pour une douleur abdominale. On pourrait sûrement prendre un exemple un peu plus évident, celui-là ne l'est peut-être pas. Le patient, pour une douleur abdominale, arrive avec une ordonnance de plaque simple. L'établissement dit: On ne fait pas cela comme cela ici.

M. Molinari: Il me semble, M. le ministre...

M. Johnson (Anjou): Pensez-vous vraiment qu'on peut s'appuyer sur l'article 4 pour dire: Ici, dans l'hôpital, ce n'est pas comme cela qu'on fait cela?

M. Molinari: Il me semble que l'organisation des ressources internes, c'est tout à fait cela ou cela devrait être cela.

M. Johnson (Anjou): Vous pensez que l'article 4 est suffisant.

M. Molinari: Je vous dis oui.

M. Johnson (Anjou): Oui.

M. Molinari: Je permets à d'autres de différer d'opinion.

M. Johnson (Anjou): J'aurais eu tendance à considérer que, dans la mesure où on introduit de façon assez précise dans la loi 27 la notion de règle de soins, dans la mesure où on essaie de se doter d'une instrumentation quant à qui ici approuve, comment cela se fait, etc, vous pensez que cela est assimilable à la notion d'organisation plutôt qu'à la notion de fonctionnement? C'est très clair, ils peuvent faire une plaque simple, ils ont la radiologie pour la faire, ils ont le technicien, ils ont tout ce qu'il faut. Ce n'est pas le manque de ressources, ce n'est probablement pas un problème d'organisation dans la mesure où, si un individu arrive à 14 heures, habituellement il y a sur place des techniciens en radiologie pour le faire. Ne pensez-vous pas que quelqu'un pourrait plaider que cela ne relève pas de la notion de l'organisation et qu'une règle de soins, même si c'est une partie de l'organisation, ce n'est pas le concept d'organisation qui s'applique?

M. Molinari: Il n'est pas nécessaire que cela vide l'ensemble du concept d'organisation. Il suffit de dire que cela fait partie de l'organisation pour que ce soit un

élément d'organisation sur lequel puisse se fonder éventuellement l'établissement. Par-delà cette discussion, comment réussit-on à mettre en oeuvre ce deuxième paragraphe de l'article 20? C'est ce qu'on a cherché à comprendre fort longuement et qu'on n'a pas réussi à comprendre.

M. David: Sur ce point-là, M. le ministre, il y a peut-être une question de rédaction. Si l'on veut simplement et clairement dire: "celui qui est enregistré est soumis aux règles de soins quant au traitement qu'il reçoit", cela sera très clair, sauf qu'à partir du moment où on a trois hypothèses d'interprétation juridique, on est confondu.

M. Johnson (Anjou): On prend note de vos propos et on fouillera cela. Merci.

Deux choses quant au droit à l'information. Je dois avouer que je vous suivais parfaitement jusqu'à la dernière phrase du premier paragraphe de la page 26 sur la nécessité que les personnes soient informées de façon adéquate, etc. Vous concluez à la fin: "Et c'est pour cela qu'on veut que vous supprimiez l'article 29 au sujet du consentement."

Mme Lavoie-Roux: Oui, j'ai eu aussi la même réaction.

M. Johnson (Anjou): Oui?

M. Desjardins: On dit deux choses.

M. Johnson (Anjou): Oui?

M. Desjardins: On reprend le paragraphe en bas de la page 25 en disant que ce droit à l'information doit dépasser l'anesthésie ou l'intervention chirurgicale. Donc, on parle des examens, soins et traitements requis par son état. C'est le premier point.

Quant au deuxième point, on revient en disant ce que la corporation vous a expliqué longuement il y a quelques jours, soit qu'il n'y a aucune utilité à avoir le bout de phrase qui dit: "Le bénéficiaire, ainsi que le médecin ou dentiste, doivent attester ce fait par écrit."

M. Aquin: Sur cette question de l'article 29, on est un peu surpris qu'on vise deux champs très particuliers, quand on connaît les données du droit commun actuellement, surtout les décisions de la Cour suprême qui ont établi avec une ampleur considérable le droit à l'information pour tout acte médical. Quant aux dernières phrases, on pense que cela peut donner un sens absolument imprévu dans des débats judiciaires ultérieurs et que cela peut avoir comme effet d'aggraver, dans un sens purement administratif, la responsabilité du

médecin. On dira: À tel moment, vous n'avez pas eu le consentement écrit ou vous ne le retrouvez pas. On remarque aussi - c'est probablement une lacune - qu'avec ce nouvel article on ne retrouve pas des articles qui nous apparaissaient importants, soit les articles 58 et 66 de l'ancien règlement, qui sont des consentements écrits aux soins, aux interventions, des autorisations écrites.

M. Desjardins: Qu'on suggère d'ajouter.

M. Aquin: Les articles 58 et 66 du règlement nous apparaissent vraiment vitaux.

M. Johnson (Anjou): Si je comprends bien, ces principes à ceci près... Effectivement, je tiens compte de ce que vous dites au sujet de l'intérêt que pourraient représenter les articles 58 et 66 et les reformuler pour les introduire dans le nouveau règlement.

M. Aquin: Cela, ce sont deux clauses.

M. Johnson (Anjou): Deux choses.

M. Aquin: Mais c'est vraiment dans un cadre réglementaire parce qu'il s'agit, administrativement, d'avoir des documents aux articles 58 et 66. Quand on arrive ici, on vous laisse juger. À l'article 29, est-ce que c'est la place dans un règlement d'édicter un principe aussi fondamental de droit que celui à l'information? Si vous optez pour le faire, on a une formulation qui nous apparaît plus vaste que de le limiter à deux champs de spécialisation. Quant aux inconvénients pratiques d'une attestation écrite que l'information a été donnée, nous disons deux choses. D'abord, cela va poser des problèmes d'administration considérables. Il faudra conserver ces documents. Cela peut aggraver une responsabilité médicale dans un sens absolument imprévu. Entre vous et moi, je ne pense pas qu'un tribunal de justice soit bien impressionné par ce texte-là. Ce n'est pas parce que quelqu'un a signé qu'il a reçu l'information adéquate que cela prouve de quelque manière que ce soit que l'information a été adéquate. Tout le fardeau de la preuve restera ouvert.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Je comprends la distinction que vous faites entre la notion d'information et l'opportunité d'inclure, par voie réglementaire, cette notion de droit à l'information par opposition aux formules de consentement. Cependant, à l'égard des formules de consentement, je comprends que c'est une distinction qu'on pourrait faire dans l'article, mais une chose est certaine. Je pense que c'est bien utile pour les gens au bloc opératoire de savoir si le monsieur ou la madame qui est sur la table avec du démérol dans le corps depuis

une demi-heure a dit oui à se faire enlever un organe, par exemple. Dans ce sens-là, la formule et la signature de cette formule apparaissent importantes. Si je comprends bien, vous dites que tout cela devrait être maintenu.

M. Aquin: L'autorisation, oui.

Une voix: C'est cela.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Parfait.

M. Aquin: On ne le retrouve pas ici. On trouve que cela est primordial.

M. Johnson (Anjou): Cela va de soi.

M. Desjardins: Et que cela fait partie du règlement.

M. Johnson (Anjou): Vous ne l'évoquez pas, mais vous parlez juste... Pardon?

M. Desjardins: Cela fait partie du règlement. Cela devrait y être ajouté.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Le droit à la confidentialité, l'accès par les autres corporations aux dossiers. Je vais peut-être me permettre d'enfourcher le cheval que nous a envoyé Me Aquin, dans le décor, tout à l'heure, sur le droit des professions, ou est-ce que c'était Me Molinari? Je ne sais plus. Ce qu'on a fait, il y a une dizaine d'années, au Québec, avec le Code des professions et toutes ces lois qui régissent les professions, cela n'a pas tellement été de modifier la pratique des professionnels, dit-on, mais beaucoup plus, au nom de la protection du public, de conférer une autonomie et des pouvoirs très particuliers à l'ensemble des corporations professionnelles. Je vous suis très bien dans ce raisonnement et il y a probablement eu une confusion dans le champ pendant plusieurs années, parce qu'on se sert souvent des lois de corporations pour affirmer des choses au niveau de la pratique qui n'ont rien à voir avec la pratique.

Cela dit, dans ce contexte, n'apparaît-il pas normal et souhaitable que ces organismes quasi publics que sont les corporations aient justement un accès aux dossiers? On ne parle pas des professionnels. On ne dit pas: l'ergothérapeute ou le travailleur social dans l'établissement devraient avoir accès au dossier de chirurgie du patient, mais on dit: Est-ce que la corporation des infirmières ne devrait pas avoir accès au dossier médical dans le cadre de son activité de contrôle de qualité et de protection du public par voie d'enquête sur ses propres membres? C'est un peu comme cela qu'on pose la question.

M. Aquin: Nous voulons être très prudents dans les exceptions qu'on pourrait apporter à l'article 7, parce qu'on pense que cet article est très bien rédigé et qu'il comporte lui-même ses propres remèdes. On peut recourir à un tribunal, obtenir le droit d'avoir la communication du dossier. On se dit que l'hôpital est dépositaire du dossier du bénéficiaire. On a laissé entendre, à un certain moment, qu'il en était, pour une partie, propriétaire. Je pense qu'il en est la dépositaire. À peu près tous les Québécois, à un moment ou à l'autre, auront ce dossier. Il est donc très important d'en protéger la confidentialité.

Il y a eu, en 1975, une ouverture jurisprudentielle, avec laquelle on n'est pas nécessairement d'accord, dans la cause de la Société des assurances des caisses populaires contre l'Association des hôpitaux du Québec. Dans une requête pour jugement déclaratoire, la Cour supérieure a dit que dès qu'un hôpital était poursuivi ou pensait être poursuivi, il avait le droit de communiquer le dossier à ses assureurs. C'est l'état du droit aujourd'hui; vous pourriez y remédier par une réglementation si vous n'étiez pas d'accord avec cette proposition, parce que l'article 7 permet de faire des règlements. Cela a été une ouverture jurisprudentielle. Si on a une ouverture réglementaire vis-à-vis de toutes les corporations professionnelles, on pense que cette ouverture n'est pas justifiée et que cela amènera aussi l'éventualité d'autres ouvertures. On en revient au texte initial. Est-ce que ce texte initial n'est pas complet par lui-même et ne permet pas, dans toutes les circonstances, comme il aurait permis à l'hôpital qui est poursuivi par le biais d'un recours au tribunal de communiquer le dossier? On a oublié cela quand on a fait l'ouverture jurisprudentielle. Est-ce qu'on ne doit pas s'en remettre aux données du droit commun? Vous comprenez que vis-à-vis des 40 corporations professionnelles il y aura un va-et-vient pratique dans ces dossiers. Ce qui fait que chacun sera animé des meilleures intentions, mais le dossier du bénéficiaire va commencer à être assez ouvert et à beaucoup de sources différentes.

Ce sont les soucis qui nous ont animés en vous demandant d'être le plus prudent possible dans les exceptions qu'on peut apporter à cet article 7.

M. Johnson (Anjou): Je vous remercie de vos commentaires et de vos références. Pourriez-vous commenter d'avantage, et je terminerai là-dessus. Il y a quatre circonstances dans lesquelles les personnes peuvent vouloir avoir accès au dossier, à part de bénéficiaire lui-même, dont c'est le droit a priori, à moins que l'établissement n'en décide autrement et là, il y a recours judiciaire pour avoir accès à son propre dossier. D'abord, il y a les curieux; il y a

les professionnels dans le cadre de leurs activités, quelle que soit la profession à laquelle ils appartiennent, dans la mesure où ils jugent que le dossier peut être utile: exemple, la loi 24; les corporations, pour des fins d'inspection professionnelle et enfin, dans les causes de poursuites civiles où cela peut même intéresser l'établissement - d'où la jurisprudence que vous évoquez - qui veut transmettre le dossier à l'assureur.

Je me demande dans quelle mesure - et on retiendra à la fois votre mémoire, les annexes que vous pourriez nous avoir envoyées là-dessus - on va recenser la littérature, le livre de M. Molinari et on va consulter la commission créée en vertu de la loi 65. On devrait arriver à quelque chose de prudent, je pense bien. Je ne suis pas sûr que cela sera fonctionnel, mais ce sera prudent.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.
(17 h 30)

Mme Lavoie-Roux: Après une heure de questions, je ne sais pas s'il en reste d'autres. Sur la question des départements cliniques sous gestion intégrée, évidemment, vous y souscrivez. Dans le cas de la création d'un département de radiologie - on a même dit à l'article 69 que ceci s'appliquait également à l'article 70 - il y avait le coût de la création de tels départements dans tous les hôpitaux du Québec - qui sont d'inégale importance, comme on le sait - qui était impliqué Est-ce que vous avez envisagé ceci? Deuxième question: Est-ce que du point de vue des spécialistes en radiologie il y en aurait suffisamment pour répondre, tel que prévu dans la loi, à une implantation de ces départements dans tous les hôpitaux du Québec?

M. Desjardins: Si, par hasard, le règlement était retenu et qu'il y avait un département de formé, ce département pourrait, dans quelques situations, avoir un radiologiste qui serait itinérant et non pas un radiologiste en permanence dans ce centre hospitalier. À ce moment, sur le plan du contrôle de la qualité de l'acte médical, le radiologiste s'occuperait, lorsqu'il serait là, de cet aspect en relation avec le conseil des médecins et dentistes. Pour la portion qui a trait à la gestion des ressources humaines, financières et matérielles, cela devrait relever du directeur des services professionnels. Toujours, si on regarde un modèle théorique, hiérarchique d'administration, s'il manque un jalon, c'est le supérieur immédiat qui doit assumer la responsabilité du jalon manquant. On retourne directement au directeur des services professionnels pour l'aspect de la gestion des ressources.

Mme Lavoie-Roux: Même avec les radiologistes itinérants, il y aurait suffisamment de spécialistes en radiologie à ce moment-ci pour assumer cela? Ce n'est pas toujours chanceux les spécialistes itinérants, on l'a vu.

M. Desjardins: Oui. Ce que nous avons pu dire et je peux le répéter, nous avons suffisamment de ressources en radiologie pour fournir un radiologiste pour lire les films et faire en sorte que la population du Québec ait accès à la lecture de ces films par un radiologiste sur tout le territoire de la province.

Mme Lavoie-Roux: Vous proposez que ce soit étendu aux départements cliniques de psychiatrie. On sait qu'il y a aussi des problèmes majeurs de ressources en psychiatrie, je dirais, sauf dans les grands centres: Québec, Sherbrooke, Montréal ou Trois-Rivières et j'en oublie peut-être un, Chicoutimi, je ne sais pas, en tout cas, peu importe. Pour le reste, les psychiatres y sont presque inexistants. Quand ils y vont, c'est pour rendre des services finalement. Là on demande de créer un département clinique de psychiatrie.

M. Desjardins: La façon dont on comprend cet article, c'est eu égard au plan d'organisation qui décide de mettre sur pied un département de psychiatrie. À ce moment, le chef du département clinique de psychiatrie est un médecin spécialiste psychiatre et il a la responsabilité de cette gestion. Si le centre hospitalier ne juge pas opportun, dans son plan d'organisation, de mettre sur pied un département clinique de psychiatrie, le problème ne se pose pas. Ce serait optionnel...

Mme Lavoie-Roux: Pas dans le même sens que pour les articles 69 et 70 à ce moment.

M. Desjardins: Non. Ce serait de permettre la même disposition, compte tenu que le plan d'organisation prévoirait l'existence d'un département de psychiatrie. On ne dit pas qu'il doit exister un département de psychiatrie dans tous les centres hospitaliers de la province de Québec.

Mme Lavoie-Roux: C'est parce que moi j'ai dit: À notre avis, il y a lieu d'étendre ce régime d'organisation, quant au plan de psychiatrie, qu'aux unités de soins cliniques. Je l'avais interprété comme une extension.

M. Desjardins: Je m'excuse, ce n'est pas clair.

Mme Lavoie-Roux: D'accord. Mon autre

question, vous pourriez peut-être m'éclairer là-dessus. Sur la question d'exécution des ordonnances médicales que doivent prévoir les modalités d'exécution des ordonnances médicales et dentaires ainsi que la durée et la fréquence des traitements prescrits, vous faites valoir, entre autres, que c'est relié à la famille des unités de soins et aussi à des considérations d'ordre économique qui limiteraient, d'une certaine façon, les possibilités d'abus. C'est peut-être parce que je comprends mal ce que cela veut dire, mais vous avez pris soin, tout à l'heure, de dire en aparté que vous considérez important, que vous assurez les autres professions que vous ne brimeriez en rien l'autonomie professionnelle des autres professions en ayant soin d'ajouter que la structure hospitalière existait bien avant le Code des professions. On s'en doutait. Cela ne veut pas dire qu'elle ne peut pas être changée, mais voici l'objet de ma question. Selon l'interprétation que je fais de l'exécution des ordonnances médicales - et je vois le bien-fondé de votre recommandation - est-ce que, dans les faits, ceci ne pourrait pas - brimer me semble un gros mot - à un moment donné être une interférence avec l'activité professionnelle des autres professions? Ce qui me vient en tête comme exemple, c'est le cas de la physiothérapie. Est-ce que, si les règles de soins prévoient la durée et la fréquence des traitements prescrits, cela pourrait poser une interférence avec l'activité professionnelle, par exemple des physiothérapeutes?

M. David: Tout à fait. C'est même l'un des buts les plus apparents de ce qu'on peut lire dans le mémoire. Il s'agit de savoir durant combien d'années...

M. Johnson (Anjou): Vous ne vous en cachez pas...

M. David: ...nous allons choisir de vivre avec des fictions grammaticales. Il y a présentement - M. le ministre nous y référerait plus tôt - un code de déontologie de la Corporation des physiothérapeutes. Il s'agit de savoir si le droit commun tel qu'il existe, semble-t-il, dans le monde occidental prévoit qu'un médecin est responsable des soins de son patient tout comme l'est un physiothérapeute qui va pratiquer en cabinet privé. Il faut donc savoir si, en centre hospitalier, le médecin qui va prescrire certaines ordonnances de physiothérapie à son malade pourra être assuré que le physiothérapeute à l'emploi de l'hôpital va exécuter l'ordonnance telle que prescrite ou si le patient sera un instrument entre les mains des professionnels, au nom de l'autonomie. À ce moment-là, vous devrez introduire une nouvelle règle innovatrice en droit commun disant que le médecin est

responsable de ce qu'il fait et que tous les autres sont responsables de ce qu'ils font s'ils sont des professionnels autonomes. Sur ce point-là, il est certain que vous trouverez la règle suivante dans le code de déontologie de la corporation des physiothérapeutes: Le physiothérapeute agit sur diagnostic médical. La corporation des physiothérapeutes peut adopter une règle de prudence de ce type-là. Cela signifiera que le physiothérapeute - qui est en cabinet - avant de traiter SON patient, devra s'assurer que le patient a été vu par un médecin. Mais lorsqu'on est dans le régime hospitalier, la situation est tout à fait différente. Le physiothérapeute n'agit pas sur diagnostic du médecin. Il ne prend pas charge de ce patient-là. Ce patient demeure le patient du médecin et c'est le médecin seul qui est responsable de ses soins.

Si c'est vrai, l'approche que l'on prend pour la physiothérapie, on devra l'étendre à l'ensemble des vingt-sept ou vingt-huit corporations professionnelles, y compris aux infirmières et infirmiers auxiliaires qui sont aussi constitués en corporation à titre réservé. Il s'agit simplement de savoir quelles sont les règles du jeu. C'est ce que je disais plus tôt. Dans le cas de l'Institut de réadaptation, le centre hospitalier a dû s'adresser aux tribunaux pour que les ordonnances des médecins physiatres soient exécutées par les physiothérapeutes selon leur teneur.

M. Johnson (Anjou): Si Mme la députée de L'Acadie me le permet, j'aimerais parler un peu de la physiothérapie. Je ne veux pas généraliser et je sais qu'on a peut-être un peu plus de physiatres au Québec que dans d'autres provinces mais, généralement, l'ordonnance médicale de soins physiothérapeutiques se lit - selon mon expérience dans une couple d'hôpitaux - comme suit: "physiothérapie". Le patient part avec cela et va voir le physiothérapeute.

Exemple: test d'évaluation psychologique. Le médecin généraliste - je ne parle pas du psychiatre - ou l'interniste, à l'occasion d'un problème qu'il voit chez un patient, pense qu'il serait bon de lui faire une évaluation psychologique. Il ne dit pas: un Rorschach ou un test de couleur de Lusher. Il dit: une évaluation psychométrique ou quelque chose de ce genre-là. La notion que vous voudriez introduire, à mon avis, aurait des exigences. Remarquez que, sur le plan de la formation médicale continue, elle aurait sûrement de très grands avantages dans certains de ces domaines, mais il reste que dans le cas de la physiothérapie - je pense que c'est de la psychologie et c'est sans doute vrai pour d'autres que je connais moins bien - vraiment la relation en est presque une de collaboration nécessaire et vitale, où une très large part d'exercice dans

la liberté et dans la formation de celui qui est physiothérapeute est donnée à celui-ci. Cela ne met aucunement en cause le fait qu'en fin de compte, je le sais, dans notre régime - et c'est vrai en Occident et c'est vrai en général - le patient qui entre à l'hôpital est sous la responsabilité du médecin on le sait. Et quand il y a des poursuites, c'est le médecin qui en fait l'objet, en général; c'est assez rare que le physiothérapeute se fait poursuivre. Il reste que, dans la pratique de tous les jours, il y a tellement une large part donnée à ceux-là. Je ne parle pas des départements de physiatre spécialisés. Encore une fois l'exemple que vous donnez de l'Institut de réadaptation a de quoi faire dresser un petit peu les cheveux sur la tête dans la mesure où on doit présumer que lorsque des physiatres spécialisés en physiatre à l'Institut de réadaptation donnent une ordonnance précise, ils doivent savoir de quoi ils parlent. On a là une lutte corporative. Je ne sais pas si je tombe dans le sub judice. En tout cas on est dans le Parlement, je suis correct.

Mme Lavoie-Roux: Même pas.

M. Johnson (Anjou): Même pas?

Mme Lavoie-Roux: Non, je pense que non. Il faudrait que vous montiez en haut.

M. French: C'est une nouvelle interprétation.

M. Desjardins: Je pense, M. le ministre, que là-dessus il ne faudrait pas faire toute la question de l'éducation médicale continue. On va structurer une autre université. Ce qu'on essaie de dire ici, c'est que lorsque le psychiatre donne une ordonnance il précise ce dont il a besoin et ce qu'il veut. Cette ordonnance doit être exécutée selon sa teneur. On pourrait faire le tour de tout le monde. C'est évident que dans les situations que vous pouvez soulever qui sont du recoupage, cela ne s'applique pas.

Mme Lavoie-Roux: Quand vous indiquez la durée et la fréquence des traitements, il me semble que c'est très précis. On pourrait le prendre peut-être même en diététique où, à un moment donné, on a établi une diète durant le séjour à l'hôpital, vous demandez à une diététiste de suivre le patient pour que la prescription soit remplie, etc. Quand vous parlez de durée et de fréquence, je pense que vous entrez dans l'activité professionnelle de d'autres corporations. J'ai pris les physiothérapeutes et je ne savais même pas qu'il y avait quelque chose devant les tribunaux là-dessus. C'est vraiment l'exemple qui m'apparaissait le plus flagrant mais vous auriez la même chose à l'égard de plusieurs

autres professions. Par exemple, quand vous référez quelqu'un au travailleur social pour des entrevues avec la famille, en préciser la durée et la fréquence cela m'apparaît assez complexe.

M. Desjardins: Cela n'est pas une ordonnance.

Mme Lavoie-Roux: Non?

M. Desjardins: Non. Lorsqu'il s'agit d'une ordonnance, il ne faut pas se méprendre; il existe également un règlement de la corporation des médecins. Lorsque l'on inscrit "physiothérapie" sur un document, ce n'est pas une ordonnance.

Mme Lavoie-Roux: Ce n'est pas une ordonnance. Le règlement de la corporation prévoit qu'il faut spécifier quel traitement est prescrit. Dans ce cas-là, et c'est normal, il s'agit de patients qui, à toutes fins utiles, sont dirigés en physiothérapie. Vous avez un règlement qui doit s'appliquer à l'ensemble des hôpitaux du Québec. Bien sûr que la situation variera selon que vous aurez un département de physiatry ou non.

M. Desjardins: Si le médecin physiatre inscrit: "Ultra-son trois fois par jour pour sept jours", c'est une ordonnance, et elle doit être exécutée selon sa teneur et non pas quatorze fois par jour pendant 108 jours.

M. Johnson (Anjou): Pendant 108 jours ou huit jours?

M. Desjardins: 108 jours.

Mme Lavoie-Roux: Une dernière question. Est-ce que l'Association des médecins radiologistes a été consultée par la fédération sur la création des départements de...

M. Desjardins: 69?

Mme Lavoie-Roux: Oui.
(17 h 45)

M. Desjardins: La fédération ne se permettrait pas d'énoncer de telles choses sans avoir consulté ses associations affiliées et sans avoir un consensus tout à fait majoritaire, pour ne pas dire unanime. Mais pour aller au-delà de votre question, je peux vous dire que l'Association des radiologistes, dans un souci de donner le son de cloche le plus juste possible, a elle-même réuni tous les chefs de départements à l'intérieur de l'association et a fait parvenir un questionnaire à tous leurs membres dans lequel on posait les questions: Avez-vous pris connaissance? Savez-vous ce que cela veut dire? Êtes-vous d'accord? Comment vivez-vous cela chez vous? J'ai été invité à

assister à la dernière de ces réunions et je peux vous dire que les médecins radiologistes eux-mêmes, dans une proportion extrêmement élevée, sont d'accord avec le libellé de l'article tel qu'il existe et sont prêts à assumer les responsabilités pour ceux d'entre eux qui ne les assument pas, parce que vous avez entendu, ces derniers jours, que la situation existe dans certains centres comme l'article est écrit. Mais, pour les centres où cela n'existe pas, ceux d'entre eux qui y vivent et qui y travaillent sont prêts à assumer des responsabilités inhérentes à l'adoption de cet article 69. Il n'y a aucun problème là-dessus et c'est toujours ainsi à l'intérieur de notre fédération.

Des voix: Ah! Ah! Ah!

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, ma dernière question s'adresse au ministre et concerne une recommandation de la FMSQ touchant l'évaluation de l'impact sur les programmes administratifs et financiers, tel que prévu à l'article 18.5. Le texte est à la page 3 du mémoire de la fédération. "Il est anormal que seules les activités des médecins et dentistes soient l'objet d'un examen de leurs conséquences administratives et financières et ceci devrait s'étendre à d'autres activités professionnelles." Je comprends qu'à ce moment-ci, le comité consultatif étant surtout un comité médical, mais qui regroupe quand même d'autres chefs de départements, leur question est bien fondée et il y a eu des représentations de faites, hier soir, et une suggestion - je ne sais pas si c'était du groupement La coalition ou si c'était des psychologues en particulier - à savoir qu'il y ait un représentant des professionnels non médicaux à ce comité consultatif. Si cette recommandation était retenue par le ministre, ceci justifierait peut-être que - il faudrait que je retrouve le texte - les implications administratives et financières de tous les professionnels puissent faire l'objet d'une consultation, ce qui rejoindrait peut-être un des objectifs économiques et administratifs que le ministre a en tête.

M. Johnson (Anjou): À l'origine, le règlement qui découle de l'article 27 ainsi que ces aspects-là du règlement ont été conçus comme des instruments d'une meilleure intégration de l'activité médicale à l'établissement. C'est pour cela que vous remarquerez que le vocabulaire qu'on utilise est surtout de cette nature. Il demeure cependant que la commission aura permis d'entendre, venant de tous les groupes qui, tantôt, voulaient qu'on bâtisse des amphithéâtres et qui, tantôt, nous disaient qu'ils trouvaient que ce serait une bonne idée qu'on regarde l'ensemble...

Mme Lavoie-Roux: C'est une petite patinoire.

M. Johnson (Anjou): ...que, dans le fond, peut-être que la vocation du comité consultatif et ses mandats, enfin ce dont il peut se saisir, pourraient s'élargir. Je comprends que, pour les membres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, quand ils nous disent, à la page 3, que c'est anormal que seules les activités des médecins fassent l'objet d'un tel type d'examen, ils pourraient avoir en tête des choses bien précises dans les services administratifs et ils auraient peut-être des choses à dire là-dessus. Faut-il modifier le texte de l'article 18 à cause de cela? Quant à ces mandats, il reste à les évaluer. Je pense que c'est très clair; cela nous a été dit ici par tout le monde pour des raisons absolument diverses et diversifiées, mais tous les gens nous ont dit la même chose quant à cela explicitement ou implicitement dans certaines de leurs propositions.

Dans le cas des médecins, ils nous disent: Écoutez, on subit déjà assez le préjugé qui veut qu'on soit les seuls gros dépensiers, mais est-ce que ce n'est pas un peu de la nature même de la médecine que de tirer sur des ressources? Je pense que c'est dans la nature même de cette profession de tirer ses ressources de l'établissement. Mais, ils nous disent: On est déjà stigmatisé. Il y a des gens qui font des images faciles avec cela en disant que, dans le fond, si cela coûte cher, c'est seulement à cause des médecins, que ce n'est pas la faute des gens. Je comprends qu'ils sont souvent affublés de ce préjugé. Ils disent: Dans le fond, ne confirmez-vous pas un peu cette approche? Je suis sensible à cette affirmation. On verra au moment de la rédaction; on va tenir compte de ce qui a été dit par d'autres aussi.

Mme Lavoie-Roux: À ce moment-là, je pense que si une représentation était ajoutée des professionnels non médicaux au comité de consultation, cela permettrait de rejoindre leurs préoccupations. Merci bien;

M. Johnson (Anjou): Merci, messieurs!

Le Président (M. Desbiens): Merci à la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre! À l'ordre!

M. le ministre, je crois que vous avez d'autres mémoires à proposer.

Mémoires déposés

M. Johnson (Anjou): Je voudrais simplement, pour les fins du journal des Débats et aussi pour l'information à la fois

des membres de la commission et de ceux qui sont intéressés, simplement faire lecture de la provenance d'une série de documents qui nous sont parvenus de groupes qui n'ont pas été entendus, mais dont nous allons prendre connaissance des textes. Ce sont les mémoires numérotés de 30 à 43 à la commission: la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et l'École de pharmacie de l'Université Laval, l'Association des médecins de langue française du Canada et l'Union médicale du Canada, l'Hôpital juif de convalescence, la Fédération des médecins résidents et internes du Québec, l'Association des résidents en pharmacie du Québec, le Conseil des médecins et dentistes de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, l'Association des archivistes médicaux, l'Association des diététistes cadres du Québec, le Centre hospitalier des Laurentides, personnel clinique, le Centre hospitalier de l'Hôtel-Dieu d'Amos, l'Association médicale du Québec, l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, la Corporation des pavillons et familles d'accueil pour adultes, l'Association des directeurs de département de santé communautaire. Copies de ces mémoires ont donc été transmises au secrétariat des commissions qui en fera parvenir une copie à chacun des membres de la commission. Les mémoires sont accessibles pour les citoyens qui veulent les consulter.

Conclusions

M. Pierre-Marc Johnson

Deuxièmement, je pensais que peut-être, rapidement - j'ai fait recenser, ce midi par mes collaborateurs l'essentiel des propos qui feront l'objet de nos réflexions dans les semaines à venir avant l'adoption du règlement, notamment à l'égard...

Le Président (M. Desbiens): Je m'excuse de vous interrompre. Est-ce que vous entendez... Il y a une entente de conclue. Le mandat de la commission est rempli, il s'agit de savoir si vous avez une entente...

M. Johnson (Anjou): Pour ma part, M. le Président, j'en ai pour à peine cinq minutes.

Mme Lavoie-Roux: J'aurai peut-être quelques questions à vous poser après.

M. Johnson (Anjou): Je veux simplement évoquer les sujets. Je présume que la députée de L'Acadie aura des remarques ou des questions. Quant aux classes et types d'établissements, à la section 1 du règlement, il y a des clarifications évidentes qu'il faut apporter à l'égard des hôpitaux de convalescents. Quant aux classes des centres d'accueil, au niveau des centres....

Mme Lavoie-Roux: Je m'excuse M. le Président. J'ai eu une distraction, est-ce que vous pouvez recommencer? Je m'excuse.

M. Johnson (Anjou): D'abord, dans un premier temps, quant aux classes et types d'établissements de la section 1 du règlement, des clarifications à apporter touchant les hôpitaux de convalescents.

Mme Lavoie-Roux: D'accord.

M. Johnson (Anjou): Quant aux classes de centres d'accueil, au niveau des centres de réadaptation, il faudra clarifier certaines choses, notamment à l'égard des établissements qui s'occupent des mères en difficulté, ne serait-ce que par la création d'une annexe ou simplement une nouvelle définition. Quant aux familles d'accueil, je pense qu'on a bien attiré notre attention sur la nécessité que cette voie réglementaire ne vienne pas rendre plus rigide, alors que l'objectif est au contraire une certaine souplesse et de se donner des instruments pour mieux allouer les ressources dans ce domaine-là. Je pense que l'ensemble des intervenants ont eu des commentaires extrêmement intéressants quant à cela.

Au niveau des règlements qui touchent les conseils d'administration, je pense qu'il faut rappeler que nos objectifs sont, encore une fois, des objectifs de déréglementation et d'une responsabilisation plus importante sur le plan local. Je pense que, de façon générale, nous maintiendrons l'approche choisie au niveau des pouvoirs donnés aux conseils d'administration. Nous retenons les concordances à faire à l'égard des établissements privés quant à certaines dispositions.

Au niveau du comité consultatif à la direction générale, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de revenir - je ne peux pas annoncer ici ce que seront nos orientations - sur la problématique. On en a discuté abondamment et je pense qu'on a appris toutes sortes de choses extrêmement intéressantes au cours des trois jours où nous avons siégé.

Au niveau des secteurs d'activité qui nécessitent l'autorisation du ministre, il y a également des clarifications à apporter. Quant au chapitre 4 sur l'enregistrement, la clarification à apporter dans le cas des centres d'accueil, des CLSC et des CSS apparaît évidente et nécessaire. Au niveau de l'inscription, je pense qu'on a eu une discussion très éclairante cet après-midi sur le sujet.

(18 heures)

Au sujet de l'annexe 2 et de l'annexe 3, on se rappelle les renseignements nominatifs ou autres pour les fins statistiques qu'on demande aux établissements. Nous distinguerons dans le règlement entre les besoins d'information sur le personnel et les

besoins d'information sur les autres dimensions; les besoins d'information sur le personnel pour les fins de négociation de convention collective et l'autre, c'est dans le cas de bénéficiaires. Deuxièmement, le respect de la confidentialité semble une préoccupation que nous avons et que tous les intervenants ont. Troisièmement, nous n'élaborerons pas la partie terminée de ce règlement que dans la mesure où nous aurons suivi non seulement la lettre, mais également l'esprit de la loi 65. D'ailleurs, à cet égard, on me dit que la commission a émis un avis cet après-midi attirant l'attention et la nécessité de procéder à ce mécanisme.

Quant à l'accès aux services en centre hospitalier de courte durée... Non, je reviendrai là-dessus plus tard. L'accès aux services en hébergement et en soins prolongés. Je pense que, dans l'ensemble, on peut dire qu'il y a au minimum un consensus quant à la nécessité d'avoir un système. Il y a cependant, nous le savons, des clarifications à apporter, notamment, quant au fait qu'il ne s'agit pas de mettre les CLSC dans une position où ils refont des évaluations médicales. L'importance, par ailleurs, du rôle des CLSC dans le système régional ou sous-régional qui peut varier d'une région à l'autre et je pense que cette importance du CLSC, c'est celle d'une orientation du ministère. Même si elle ne fait pas l'unanimité, je pense qu'on peut quand même dégager un minimum de consensus. Quant à l'évaluation des besoins des bénéficiaires, notamment, en termes médicaux et psychosociaux, je pense qu'on a franchi des étapes importantes lors des discussions et que nous sommes extrêmement sensibles quant au vocabulaire et aux réalités qu'on veut couvrir par cette notion de l'évaluation.

À propos des dossiers, il reste à clarifier également des parties importantes quant à l'accès, quant à qui a accès, dans quelles circonstances, je pense aussi qu'une partie des discussions qu'on a eues la semaine dernière et cet après-midi en particulier là-dessus nous éclaireront.

Quant au contenu des dossiers, à l'article 56, la possibilité de distinguer les contenus pour chaque catégorie de dossier, les informations, par exemple, du dossier médical, en principe, même à toutes fins utiles, ne devrait pas être transmises aux professionnels non médecins, même dans le cas des CSS. Cependant, reste la question, je pense, entière qui touche les enfants et la Loi sur la protection de la jeunesse, l'application de la loi 24. Au niveau des départements de santé communautaire, j'ai trouvé que ce qu'a évoqué, cet après-midi, la conférence des conseils régionaux est extrêmement intéressante d'autant plus que leur position finale était nettement plus souple et, à mon avis, beaucoup plus réaliste

que la position initiale présentée dans le mémoire écrit. Au niveau des départements cliniques, je pense qu'on peut retenir qu'il y a consensus à l'égard de l'objectif d'intégration. Cependant, nous sommes conscients à la fois du contentieux qui pourrait subsister entre les omnipraticiens et les médecins spécialistes, d'une part. D'autre part, du contentieux général qui subsiste entre le corps médical et l'ensemble des autres professions dans les laboratoires et la radiologie.

Au niveau des services médicaux en CAH, l'importance d'avoir un minimum d'organisation, je crois, qui touche la pratique médicale en CAH. Je pense qu'on peut s'entendre sur cette notion, qu'il est important d'avoir un minimum d'organisation, ce qui ne veut pas dire que la solution qu'on propose est nécessairement idéale et qu'il faut donc envisager de regarder des solutions de remplacement. Au niveau du statut des médecins, si on n'avait pas entendu, cet après-midi, de façon aussi brutale, que le corps médical n'est pas exactement très chaud à la proposition de l'AHQ, j'aurais dit qu'on l'aurait peut-être étudié plus profondément. Je pense qu'on va l'étudier plus profondément. On est bien conscient du type de résistance que cela pose. Il y a quand même des précisions à apporter, notamment, au rôle des résidents et des internes. Au niveau des comités de discipline, il faut bien analyser ce qui a été évoqué tout récemment, à la fois par la corporation et par les spécialistes.

J'ai fait le tour de l'essentiel des préoccupations qu'on pouvait retenir de cela. Je suis conscient que c'est un peu mince à se mettre sous la dent. Je ne prétends pas que nous apportons les réponses. L'objectif de la commission n'était pas de me placer dans une position où, à 18 h 05, je vous donnais nos réponses. S'il fallait fonctionner ainsi, on nous le reprocherait. Nos idées n'étaient pas complètement arrêtées même si nos orientations l'étaient. Nous tiendrons compte du travail remarquable, je dois le dire, qui a été fait grâce à la collaboration de ma collègue d'en face et par les intervenants nombreux et patients que nous avons entendus durant toutes ces journées. J'espère que nous rendrons justice à tous ces commentaires dans le texte final qui sera soumis au gouvernement, normalement d'ici environ deux mois.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président.

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

Mme Thérèse Lavoie-Roux

Mme Lavoie-Roux: Si vous me le permettez, je suis convaincue que j'ai

échappé beaucoup d'éléments intéressants qui ont été apportés par les intervenants ou ceux qui se sont présentés à la commission. Un peu au hasard - le ministre en a repris - il est possible que je répète, mais je voudrais que, si on ne les a pas pris en note, au moins qu'on les reconsidère. Il y avait au point de départ toute la question de la clarification de la vocation des établissements en fonction des nouvelles caractéristiques et demandes dans le système, mais cela me semble plus relié à une question d'orientation à l'intérieur du ministère. Je pense, en particulier, aux CAH et aux CHSP qui ne sont pas l'objet du règlement.

J'aimerais peut-être rappeler au ministre la définition, parfois un peu pauvre, attribuée aux centres d'accueil et d'hébergement et celle un peu trop restrictive des services externes offerts en centre de réadaptation. Par exemple, plusieurs intervenants ont parlé d'inclure, d'une façon un peu précise, la notion de réadaptation dans les CHSP ou même dans les centres d'accueil. On trouvait que ces notions-là - vous allez me dire qu'elles sont dans la loi - on les a peut-être définies d'une façon plus précise pour certains établissements et non pas pour d'autres.

Est-ce qu'il y a aussi possibilité de créer dans le règlement certaines responsabilités aux centres d'accueil et d'hébergement face aux clientèles qui sont un peu entre deux eaux? On a parlé, notamment, de la clientèle psychiatrique. Vous m'avez dit que c'était fait à même le budget. Je pense en particulier à certains cas de marginaux ou d'alcooliques qui trouvent peu de place dans l'ensemble du réseau.

M. Johnson (Anjou): Rapidement sur ce sujet, si vous me le permettez, je pense vous avoir induite en erreur l'autre jour. J'ai découvert les chiffres par la suite. J'ai mentionné environ 3000 ou 1500 personnes, je ne me souviens pas, mais le chiffre est plutôt de l'ordre de quelques centaines et non pas de quelques milliers. C'est une erreur qui a été commise tout à fait sans mauvaise intention.

Quant aux budgets spéciaux en géro-psi-chiatrie, les ressources qu'on y met sont nettement moindres que celles que j'évoquais récemment.

Mme Lavoie-Roux: Une question a été soulevée en particulier ici par mon collègue de Westmount. On a fait disparaître - vous l'avez mentionné aujourd'hui - la classification des hôpitaux généraux en termes d'hôpitaux universitaires spécialisés ou ultraspécialisés. Une classification différente n'entraîne-t-elle pas une non-correspondance des budgets à la vocation des centres

hospitaliers en raison du fait que cette dernière ne sera plus précisée? Je me référerai, d'une façon plus concrète, à l'article 19 dans le cas de l'hémodialyse et toutes les décisions que le ministre se réserve. Je cite: "Un centre hospitalier ne peut offrir de nouveaux services dans les secteurs d'activité suivants sans l'autorisation du ministre." C'est évidemment l'organisation des centres de recherche, tomographie axiale, etc.

Le ministre ne nous a pas indiqué quelle était son orientation quant aux besoins régionaux ou quant à la mise en disponibilité de quel type de centres hospitaliers, des rubriques qui réfèrent toutes à des soins spécialisés sinon ultraspecialisés. Le ministre en réserve l'autorisation et je le comprends, ce sont des sommes considérables.

M. Johnson (Anjou): Il y a deux objectifs dans cette liste qui n'est pas exhaustive, pourtant: d'une part, c'est dans le but d'une meilleure rationalité dans l'utilisation des ressources et c'est en même temps un moyen de pression considérable sur les conseils régionaux et les regroupements d'établissements pour que, à un moment donné, ils se branchent quant à la vocation de certains départements, quant à la complémentarité de certains types d'établissements surspécialisés. Deuxièmement, c'est dans un but d'équité interrégionale, dans la mesure où un pouvoir comme celui-là peut, à l'occasion, permettre, dans le cadre du développement d'une région qui n'est pas un grand centre urbain, par exemple, qui n'est pas Montréal ou Québec... Même la région de Trois-Rivières s'est relativement bien dotée en termes de surspécialités, mais elle pourrait l'être plus dans certaines choses. Mais l'objectif de ce pouvoir est de permettre une meilleure distribution sur l'ensemble du territoire. Encore une fois, c'est un instrument parmi d'autres. Le meilleur des instruments est l'instrument budgétaire, c'est évident. Deuxièmement, c'est un mode de pression au niveau des régions pour que les gens fassent des choix en termes d'arbitrage de surspécialités.

Mme Lavoie-Roux: Bon. Les hôpitaux de convalescents, vous en avez parlé. Quant aux catégories de familles d'accueil, plusieurs représentations ont été faites à cet égard. Je pense que vous les avez entendues tout autant que moi.

Maintenant, les règlements du conseil d'administration, article 8. Cela a été débattu, je pense, d'une façon contradictoire. Je ne sais pas si c'est venu des intervenants, de nous ou des deux, peu importe. J'ai cru comprendre que quand les intervenants ou certains ont dit que c'était trop contraignant pour les conseils d'administration, c'est peut-être qu'il y a, dans le choix des règlements

que vous avez faits et que vous imposez aux conseils d'administration, des règlements qui sont vraiment à caractère très procédurier. N'y aurait-il pas lieu de réviser la nomenclature même que vous avez? Peut-être qu'il y en a qui devraient être ajoutés et d'autres soustraits. Vous pourriez peut-être les réexaminer et laisser un peu plus de latitude aux établissements dans ce sens.

Sur le comité consultatif de la direction générale, quant à sa composition et à ses fonctions, on en a encore discuté cet après-midi. La fréquence des réunions, cela devient un détail dans tout cela. Peut-être est-ce vrai que ce sont des établissements qui devraient décider s'ils se rencontrent une fois par mois ou une fois tous les deux mois. Une fois qu'un comité consultatif est créé, je suis d'accord pour qu'on le crée officiellement et non pas qu'on le laisse à l'initiative. La fréquence, c'est un détail.

Maintenant, il y a toute la question de l'enregistrement de l'institution ou de l'admission qui reste confuse, à certains égards. Ensuite, le ministre entend-il favoriser l'accès direct aux services externes des centres de réadaptation, par exemple? C'était un point particulier. L'aspect de la confidentialité, vous y avez retouché ou vous vous proposez, en tout cas, de l'examiner.

L'accès aux services dispensés par les centres hospitaliers, les articles 25 et 26. Ce n'est pas clair dans mon esprit. Cela touche quand même le choix du bénéficiaire quant à son médecin traitant. Dans quelle mesure - je pense que c'est à l'article 25 en particulier - s'assure-t-on, dans la mesure du possible et compte tenu des contraintes que tout le monde connaît, que le choix du bénéficiaire au médecin traitant soit le plus généreux et le plus large possible? Les articles 25 et 26 ne devraient pas venir restreindre, en dehors des limites physiques que l'on connaît, le choix du bénéficiaire quant au médecin traitant. Est-ce que toutes les balises sont mises pour protéger, dans la mesure du possible, le choix du bénéficiaire quant à l'établissement? Je pense en particulier aux centres d'accueil et aux hôpitaux de soins prolongés. Je pense qu'un exemple très vivant nous avait été apporté par une dame dont j'ai oublié le nom. Peu importe.

(18 h 15)

Sur la question du système régional d'admission il y a certainement un consensus sur la nécessité de la coordination mais encore laisser la latitude aux régions quant au type de système qu'elles veulent instaurer et il y a la fameuse question de la gérance ou de la gestion du système. Cela peut paraître un détail dans l'ensemble parce qu'on n'en a pas parlé souvent mais le délai de 24 heures à la sortie du bénéficiaire, je pense qu'il y aurait peut-être moyen de le reformuler pour qu'il soit plus généreux à

l'endroit du bénéficiaire.

J'imagine que le ministre a pris note de la question des assises juridiques sur certaines modifications apportées eu égard aux CSS et aux pharmaciens.

À l'article 45, est-ce qu'on peut assurer plus de droits et de sécurité aux bénéficiaires qui risquent d'être transférés d'un centre de réadaptation à l'autre? Je trouve qu'un avis doit être envoyé aux parents ou aux gardiens du bénéficiaire que l'on désire transférer. Il y a ensuite le transfert des handicapés physiques et des personnes toxicomanes. C'est surtout la suffisance de l'avis qui est envoyé aux parents et aux gardiens. Est-ce qu'on transfère les enfants et les parents sont avisés par la suite? Je ne suis pas sûre que ce soit très précis.

L'accès aux familles d'accueil. Que le plan d'intervention soit préparé étroitement avec le CSS.

Vous avez touché au dossier des bénéficiaires. Il est question de certaines modifications pour que cela corresponde mieux aux réalités sociales vécues soit par les centres d'accueil ou les CLSC.

Relativement à la loi 24, la tenue des dossiers. Que les formules d'autorisation à l'anesthésie ou à l'intervention chirurgicale soient incluses comme pièces au dossier.

Article 53. Face à la notion de contrat de services, de prêt d'un professionnel à un autre établissement, qui va être responsabilisé?

Je pense que dans l'organisation des centres hospitaliers et des centres d'hébergement particulièrement, eu égard à la création obligatoire des départements de radiologie et de laboratoire, on a eu des réponses partielles même de la FMSQ cet après-midi à propos des chefs de départements cliniques dans les laboratoires médicaux.

Il y aurait aussi la question des coûts qu'il faudrait évaluer, si on le fait de façon générale, même en mettant de côté la question de la nécessité de le faire. Est-ce qu'on peut répondre de façon adéquate aux exigences qui seront créées?

Il y a aussi la question du service médical dans les CLSC. On a eu de longues discussions ce matin. On prévoit la création du service médical ou du CMD, selon le cas, dans les centres d'accueil. Je pense qu'il y a une assise médicale permettant la création d'un conseil médical dans les CLSC. Je dois dire que je suis d'accord avec le ministre sur l'écueil qui peut être présenté dans le fait de trop médicaliser les CLSC et de leur enlever peut-être la notion de multidisciplinarité et de prévention. On veut s'efforcer de leur donner un service de première ligne, mais il reste que les revendications qui ont été faites, tant pour les centres d'accueil que pour les CLSC,

concernant l'exercice satisfaisant, au plan médical, cela m'apparaît important.

Concernant les conseils des médecins et dentistes, les statuts et privilèges, je vais laisser cela au ministre qui en a discuté longuement avec les deux fédérations. Je pense que vous allez sans doute retenir la suggestion qui a été faite par les trois, tant la corporation que les deux fédérations, à l'effet de réintroduire le type de sanction qui apparaissait dans l'ancien règlement.

Il y a aussi toutes les notions reliées au statut de membre visiteur. Est-ce que vous allez en réintroduire? Vous allez le réexaminer de toute façon. Cela ne nous sera pas soumis une autre fois. Mais j'insiste beaucoup sur la notion de réadaptation dans les centres d'accueil et dans les hôpitaux de soins prolongés, même s'il y a possibilité de l'introduire dans les règlements.

En résumé, rapidement, c'est ce que...

Le Président (M. Desbiens): En attendant le produit final, je remercie les membres de la commission de leur collaboration de même que tous les participants.

La commission permanente des affaires sociales ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 18 h 22)