

---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

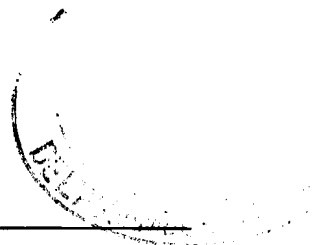
**Le mercredi 14 février 2001 — Vol. 36 N° 76**

Examen des orientations, des activités et de la gestion  
du Commissaire aux plaintes en matière de santé et  
de services sociaux et de l'Agence d'évaluation  
des technologies et des modes d'intervention en santé

**Président de l'Assemblée nationale:  
M. Jean-Pierre Charbonneau**

---

**QUÉBEC**



Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec  
Distribution des documents parlementaires  
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195  
Québec, Qc  
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754  
Télécopieur: (418) 528-0381

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes  
Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

# Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 14 février 2001

## Table des matières

Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux	1
Exposé du Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux Mme Rosette Côté	1
Discussion générale	6
Mécanisme de traitement des plaintes et responsabilité de la qualité des services	6
Indépendance du Commissaire aux plaintes	8
Plaintes relatives à des actes médicaux	14
Mécanisme de présentation et de suivi d'une plainte	17
Suivi des recommandations présentées au ministre par le Commissaire aux plaintes en décembre 2000	18
Effet pervers de certaines plaintes traitées localement	19
Données statistiques sur le nombre et sur le délai de traitement des plaintes	21
Mécanisme de suivi auprès du plaignant	22
Efficacité des pouvoirs de recommandation du Commissaire aux plaintes	23
Difficultés d'analyse découlant de la diversité de facture des rapports des régies régionales	23
Confidentialité des plaintes	24
Plaintes relatives à l'accessibilité aux services dans sa langue maternelle	25
Plaintes relatives aux services préhospitaliers d'urgence	25
Statistiques détaillées au sujet des plaintes et identification des établissements délinquants	27
Fonctionnement des organismes d'assistance et d'accompagnement pour la formulation de plaintes	30
Plan de communication pour faire connaître les services du Commissaire aux plaintes	30
Diffusion des avis et des recommandations du Commissaire aux plaintes	31
Rapport Francoeur	31
Coût d'implantation des amendements proposés par le Commissaire aux plaintes	32
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé	33
Exposé du président-directeur général de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé M. Renaldo N. Battista	33
Discussion générale	38
Mode de fonctionnement de l'Agence	38
Suivi des avis émis par l'Agence et diffusion des résultats de ses recherches	39
Effets des travaux de l'Agence sur les décideurs et sur la population	39
Recommandation de la commission Clair en vue de la formation d'un groupe d'étude sur l'éventail des services offerts	40
Évaluation intégrée et approche de budgétisation par épisode de soins	42
Délai d'implantation de systèmes d'information permettant de mesurer l'efficacité des institutions et mise à jour des équipements technologiques	43
Responsabilité de l'évaluation de l'implantation de nouveaux équipements technologiques	44
Obligation de fixer de nouvelles limites des soins	45
Organigramme de l'Agence	46

## Table des matières (suite)

Gains d'efficience récurrents découlant des travaux de l'Agence	46
Difficultés du système à accueillir les innovations technologiques	47
Processus d'identification des priorités de l'Agence	48
Responsabilité de l'évaluation de l'implantation de nouveaux équipements technologiques (suite)	49
Transfert des connaissances et développement de l'équipement	50
Rapports entre l'Agence et le Conseil consultatif de pharmacologie au sujet de l'évaluation des médicaments	51
Suivi de l'étude de l'Agence sur les implants cochléaires	52
Études et mises à jour d'études en cours à l'Agence	52
Transfert de traitements à domicile	53
Pratique des congés précoces	54

### Autres intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

M. Gilles Labbé  
M. Jean-Marc Fournier  
Mme Lyse Leduc  
Mme Diane Barbeau  
M. Geoffrey Kelley  
M. Russell Williams

- \* M. Pierre Bourbonnais, bureau du Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux
- \* Mme Sylvie Presseault, idem
- \* M. Robert Madden, idem
- \* M. Jean-Marie Lance, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 14 février 2001

**Examen des orientations, des activités et de la gestion du Commissaire aux plaintes  
en matière de santé et de services sociaux et de l'Agence d'évaluation  
des technologies et des modes d'intervention en santé**

*(Neuf heures quarante et une minutes)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, cet avant-midi, la commission des affaires sociales est réunie afin d'entendre la Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux dans le cadre de l'examen de ses orientations, de ses activités et de sa gestion.

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

**La Secrétaire:** Oui, Mme la Présidente. Alors, M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Williams (Nelligan) et Mme Loisel (Saint-Henri—Sainte-Anne), par M. Kelley (Jacques-Cartier).

**Commissaire aux plaintes  
en matière de santé et de services sociaux**

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, je salue tous les représentants de la Commissaire aux plaintes, les membres, les représentants. Je vous salue et je vous remercie d'être présents à cette commission. Vous aurez une trentaine de minutes pour la présentation de votre exposé, et par la suite nous compléterons pendant deux heures trente avec des questions, de part et d'autre, des membres de la commission. Alors, normalement, nous devrions terminer nos travaux à 12 h 30.

Alors, Mme Côté — Mme Rosette Côté qui est la Commissaire — je vous demanderais de nous présenter les personnes qui vous accompagnent et, par la suite, de poursuivre avec votre exposé. Je vous remercie.

**Exposé du Commissaire aux plaintes  
en matière de santé et de services sociaux**

**Mme Rosette Côté**

**Mme Côté (Rosette):** Alors, merci beaucoup, Mme la Présidente, le vice-président et les membres de cette commission. Alors, nous vous remercions de nous avoir invités à venir vous présenter le bilan de ce régime-là et de son fonctionnement depuis au moins trois ans que je suis là, mais je ferai quand même référence au temps où M. Francoeur y était, et de nous donner pour la première fois l'occasion de montrer — excusez-moi, je suis nerveuse — les décisions et les orientations que nous avons prises en vue de répondre à un objectif double qui est d'en faire une institution reconnue par les usagers et de définir une fonction qui est une autorité dédiée aussi en matière de santé et de services sociaux.

Alors, je vous présente mon équipe de gestion: à ma gauche, Mme Sylvie Presseault, qui est coordonnatrice

du service des plaintes, de l'assignation et de l'organisation du travail sur les plaintes; Me Bourbonnais qui a la responsabilité de tout le contenu juridique de nos plaintes; et M. Robert Madden qui est mon directeur des opérations, qui a toute la responsabilité de la gestion et de l'organisation.

Alors, je vous ai remis un texte, mais n'ayez crainte, là, je vais reprendre mes forces et je ne lirai pas ce texte-là. Je vais vous le présenter directement, et, s'il y a des éléments pour lesquels il y a des choses qui ne vont pas, bien, vous me poserez des questions.

Donc, l'intervention que je vais faire va rejoindre quatre objectifs: d'abord, je vais vous faire l'examen des plaintes des trois dernières années, dont l'analyse des plaintes, en faisant ressortir les éléments les plus importants, parce que vous savez que c'est la raison d'être du régime, qui est d'analyser les plaintes des usagers en troisième instance; deuxièmement, je vais vous donner le diagnostic que j'ai posé à mon arrivée, en février 1998, quel était l'état de la situation du régime, du fonctionnement des plaintes, et quels sont les éléments qui vont ressortir et qui vont guider les orientations qui suivent; troisièmement, je vais vous parler d'un certain nombre de décisions qui ont été prises, dont une tournée des régions qui va être la pierre angulaire de toutes les orientations qu'on proposera au gouvernement au sujet du changement de ce régime-là; et finalement, je vous parlerai de certains éléments de conjoncture et de perspective, notamment mon passage à la commission Clair et un nouvel avis — que je vous rendrai public aujourd'hui, donc, le contenu a été donné seulement à la ministre — qui va consolider encore le régime et qui va lui donner encore plus des ailes.

Alors, d'abord, je vous présente un peu le régime parce qu'on m'a signifié que c'est quand même assez compliqué vu que le régime n'était pas connu. Et ce que je vous présente là, c'est un peu l'esprit, la vision, la philosophie et les valeurs de ce régime-là, et surtout ce qui en fait sa singularité et ce qui fait qu'on doit essayer de prendre les moyens pour le protéger.

D'abord vous dire que c'est un régime qui repose exclusivement sur la satisfaction des usagers. Il est constitué de trois paliers hiérarchiques et successifs. Alors, la personne insatisfaite des services dépose sa plainte à l'établissement, l'établissement a l'obligation, avec un ensemble de garanties prévus à la loi, de faire un examen le plus impartial possible et de fournir des conclusions motivées à l'usager, «conclusions motivées» s'entendant expliquer qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce que l'enquête ou l'examen a révélé et quels sont les engagements que l'établissement va prendre pour corriger les problèmes à la source. Quand l'usager est insatisfait, il va à la régie régionale qui a le même mandat et, en dernier lieu, en dernier recours donc, ils viennent chez nous pour un examen approfondi et pour

voir s'il y a certaines solutions qui peuvent être trouvées aux problèmes qui sont soulevés.

Pour encadrer le droit à des services adéquats, il y a l'article 3 de la loi que vous connaissez qui traduit les lignes directrices, puis il y a un certain nombre de droits qui en suivent, lesquels droits sont un ensemble de valeurs auxquelles la société tient: alors, le droit à l'information — vous les connaissez — des services en continuité et personnalisés. Mais ce qui est important, c'est que ces droits-là doivent être mesurés et que les plaintes peuvent nous donner l'écart entre l'exercice de ces droits et les problèmes qui sont posés.

La vision du régime. Maintenant, lorsqu'on le regarde, après cinq, six ans de vie, dans son ensemble, c'est un indicateur de qualité et c'est un indicateur de mesure de la satisfaction des usagers. C'est aussi un exercice de rétroaction qui est donné à l'établissement pour voir s'il y a des pratiques ou des éléments qui devraient être corrigés. Et, lorsque les personnes déposent des plaintes, l'exercice consiste à regarder si les services étaient adéquats, à regarder si les services étaient adaptés aux besoins et aux attentes des personnes, si les normes de pratique et les standards professionnels ont été respectés, si les droits prévus à la loi ont été respectés aussi, si on a pu trouver les accommodements raisonnables pour les personnes et si la procédure d'examen des plaintes a été suivie. Le régime sert à proposer des correctifs susceptibles d'améliorer la situation des personnes et des suivantes. C'est aussi un exercice public de reddition de comptes — alors, vous le voyez, l'exercice que nous faisons ce matin en témoigne — et c'est en même temps un élément structurant de la notion de qualité de services vue sous l'angle de la relation entre les usagers, les cliniciens, les établissements et les régies. C'est donc un régime qui est orienté sur un processus continu d'amélioration de la qualité et de la satisfaction des clients.

Les valeurs sont traduites dans la loi — j'en ai parlé tout à l'heure. Vous avez un ensemble de droits et de valeurs: participer à l'amélioration de sa santé, choisir l'établissement, choisir son professionnel, avoir une information transparente. Et ce qui est intéressant, tout à l'heure, lorsque je vous donnerai l'examen des plaintes, vous allez vous rendre compte qu'il y a certaines entorses qui sont nommément inscrites dans la loi et qu'on peut voir avec les plaintes.

La mission de la Commissaire, qui est au troisième recours, c'est de veiller au respect des droits des usagers, contribuer à l'amélioration continue des services et à la satisfaction de la clientèle.

Les mandats. Alors, les mandats que nous avons, c'est de garantir un examen personnalisé et respectueux des personnes, et impartial, vérifier la conformité aux garanties procédurales prévues à la loi, aviser le ministre sur des éléments de portée spécifique, générale ou systémique et assister et accompagner les personnes qui désirent porter plainte. Alors, vous savez que la loi donne trois pouvoirs nommément, investit un pouvoir d'enquête pouvant aller jusqu'à un examen public, donc d'enquête publique, un pouvoir de recommandation et d'obligation de suivi, et pouvoir de recueillir des rapports périodiques et de déléguer les pouvoirs par écrit au personnel.

Ça, c'est un peu une présentation du régime. Je tenais à vous la faire de façon assez succincte. Mais, finalement, on est assez limités dans nos pouvoirs — c'est la loi qui nous les donne — limités dans le sens de encadrés. C'est la loi qui nous donne les pouvoirs et c'est à partir des prérogatives de la loi qu'on exerce le mandat.

Donc, comme je vous disais, l'analyse des rapports annuels depuis trois ans... Alors, pour me présenter devant vous, nous avons fait une analyse systématique des trois rapports annuels que nous avons eus — donc, depuis que je suis arrivée — pour être capables de vous faire ressortir les grandes tendances que nous voyons — et elles se sont vérifiées — et en même temps vous faire part de certaines préoccupations, certaines questions qui sont préoccupantes parce qu'elles ont une certaine récurrence.

● (9 h 50) ●

D'abord, au 1er mars 1998 jusqu'à aujourd'hui, on peut dire que les plaintes sont passées de 102 à 109 — c'était en ... Il y a donc eu une augmentation des plaintes depuis les trois dernières années. Et je vous donne un petit scoop, entre guillemets, de l'année qu'on va terminer — on va sûrement passer autour de 200 et quelques. Donc, ça veut dire que depuis trois ans il y aura eu un double, on aura doublé le nombre de plaintes qui seront déposées chez nous.

Chaque plainte contient à peu près deux objets. En plus, avec le service d'assistance, on reçoit à peu près 2 200 à 2 400 — par année — demandes d'assistance ou d'information directement de la population. Vous me direz: Ce n'est pas beaucoup, 1 %. Je dirais que, de ce qu'on a pu dénombrer dans les statistiques, c'est à peu près 1 % de toutes les plaintes du réseau que nous recevons. Vous me direz: Ce n'est pas beaucoup, 1 % des plaintes, et ce n'est pas non plus beaucoup, 150 ou 200 plaintes par année.

Ce qu'il est important de voir avant même là qu'on regarde le fin fond des plaintes, c'est que l'objectif qui est recherché par ce mécanisme-là, c'est de ne pouvoir avoir recours au troisième palier que lorsque l'utilisateur insatisfait n'a pas eu les réponses ou les recommandations voulues ou nécessaires. C'est-à-dire qu'il oblige les établissements à une responsabilisation et à une reddition de comptes au premier palier, proche des établissements. C'est un régime qui repose sur la responsabilité des établissements à donner des services de qualité, à accepter, entre guillemets, que les usagers contestent la qualité de ces services, que les usagers donnent leur point de vue, et ils sont obligés de s'engager à ou bien trouver des accommodements raisonnables ou des modifications ou bien à expliquer qu'est-ce qu'ils ont trouvé lorsqu'ils ont fait l'examen de la plainte. Et c'est seulement lorsque l'utilisateur est insatisfait qu'il peut venir au troisième palier: il va à la régie régionale en deuxième, ensuite il vient chez nous. C'est donc une garantie d'un recours d'un dernier examen plus impartial et plus approfondi parce que, en même temps qu'on a le pouvoir d'examen, on est assorti du pouvoir d'enquête publique — il faut donc être capable de faire le tour de la question — en même temps parce que nos recommandations doivent être... les établissements et les régies doivent nous dire en quoi les recommandations vont être suivies, et sinon pourquoi.

Donc, le 1 %, il est très significatif, même si le nombre de plaintes n'est pas si grand que ça.

Ce qu'il faut comprendre aussi, c'est que, si on ne reçoit que 1 %, c'est qu'il y a à peu près 2 % qui est réglé au premier palier, 98 % donc. On dit 2 % parce que, tout à l'heure je vous dirai que les chiffres que nous avons, les nôtres, nos chiffres, sont sûrs parce que nous avons une compilation, mais les chiffres dans les régions régionales, dans les régions et dans les établissements, il y a une certaine variabilité que je vous expliquerai tout à l'heure. Donc, on constate et on fait l'hypothèse que les plaintes sont réglées à la satisfaction des usagers en établissement. Il est bien certain qu'il y a probablement des gens qui sont découragés après le premier palier, ils ne vont pas plus loin. Tout à l'heure, on vous parlera de recommandations pour essayer d'alléger la structure et de donner encore plus confiance dans le régime aux usagers.

Donc, les trois quarts... Est-ce que je suis à la bonne place, moi, là? Oui. Ce qui est intéressant, c'est de voir que les trois quarts des recommandations que nous faisons sont des recommandations d'ordre systémique ou d'ordre général. Donc, ce n'est pas juste — et tout à l'heure je discutais avec M. Fournier — ce qui est intéressant, c'est que trois fois sur quatre, les recommandations qu'on fait ne visent pas juste à régler un problème spécifique d'une personne mais visent à régler un problème qui peut avoir une réalité beaucoup plus large et que, si on agit sur ces causes-là, on risquerait de ne plus avoir de plainte sur la même question. Donc, c'est intéressant de voir que, ce n'est pas juste de portée individuelle, ce que les plaintes viennent mettre en évidence.

Et, pour la moitié des plaintes que nous examinons, nous trouvons des recommandations qui n'ont pas été retenues ou qui n'ont pas été vues aux deux autres paliers. Et, pour l'autre moitié, on confirme les examens qui sont faits au premier et au deuxième paliers. Ça veut donc dire que le recours a une certaine force, puisqu'une fois sur deux l'examen qu'on fait nous amène à aller encore plus loin. C'est bien sûr qu'on va plus loin dans un objectif de proposer des correctifs qui vont avoir un effet proactif et un effet aussi en amont du travail qui est fait dans les établissements.

Les motifs de plainte: 45 % de toutes nos plaintes des trois dernières années et toujours une moyenne, c'est autour des soins et des services dispensés: l'évaluation, le jugement professionnel, bon, les problèmes de continuité; 18 % autour des droits, consentement aux soins, le choix du professionnel, l'information sur l'état de santé, 22 % cette année parce qu'on a vérifié les garanties procédurales liées au traitement de plaintes... Cette année, on s'est donné comme orientation, la dernière année, de vérifier systématiquement est-ce que les garanties procédurales prévues à la loi, lorsqu'une personne dépose une plainte, ont été respectées. Bon, le pourcentage est allé à 22 %, mais je dirais que, bon an mal an, c'est autour de 18 %; 27 % les aspects financiers et relationnels. Je porte votre attention sur la dimension relationnelle parce que, quand on regarde la littérature, on se rend compte que l'aspect relationnel et l'aspect émotif est extrêmement important dans le jugement que va poser un individu sur la satisfaction. Donc, toute la dimension relationnelle entre la personne, les cliniciens

et les gens qui donnent le service et la façon dont elle est accueillie quand elle dépose une plainte jouent dans, je dirais, la suite que va donner l'usager à cette plainte-là.

Les instances visées, 37 %, ce sont les CH, ensuite les CLSC, les CHSLD, et puis les centres jeunesse et les organismes communautaires pour 5 %. Je vous note deux choses. Quand je suis arrivée, jusqu'à aujourd'hui, les CLSC étaient au quatrième rang; maintenant, les CLSC, dans le nombre de plaintes que nous traitons, sont au deuxième rang. Et, actuellement, il y a deux éléments importants: c'est qu'il y a plus de plaintes des organismes communautaires, généralement par des personnes par rapport aux services donnés par les organismes communautaires ou la façon dont ils sont considérés par les organismes communautaires, donc une certaine augmentation de plaintes; et on peut voir aussi une certaine augmentation de plaintes au sujet des centres jeunesse, notamment liées à la pertinence de l'évaluation du professionnel ou bien à l'objectivité du processus qui conduira à ce qu'un enfant soit placé ou non.

Le Grand Montréal. Alors, quand on regarde d'où viennent les plaintes, 60 % de nos plaintes viennent du Grand Montréal et 10 % à Québec, avec une augmentation substantielle à Québec les dernières années, et 95 % des recommandations que nous faisons, les établissements et les régions régionales nous disent qu'ils vont les mettre en oeuvre, qu'ils vont les respecter.

Alors, quand vous mettiez, tout à l'heure, les trois sur quatre plaintes qui ouvrent la porte à des recommandations systémiques, quand vous dites que, une plainte sur deux, on apporte des recommandations différentes et que, en plus, 95 % de nos recommandations sont jugées pertinentes et il y aura une mise en oeuvre des recommandations, ça vous donne un peu, je dirais, l'efficacité et l'efficience du troisième recours.

Par contre, il y a des questions préoccupantes à la page 6 que je veux porter à votre attention, parce que vous êtes quand même des parlementaires, et c'est une préoccupation qui vous préoccupe plus grandement. Alors, ce qu'on a noté dans les trois dernières années, puis avec une récurrence aussi depuis 1995, c'est d'abord qu'il y a dans les plaintes des problèmes liés au manque de transparence dans les communications, tant dans les relations cliniques que dans les renseignements ou les explications qu'on donne aux personnes, et, notamment, on a des plaintes récurrentes sur les frais de chambre, des plaintes récurrentes sur les frais d'ambulance, à la contribution au placement pour des enfants en centre jeunesse, des conditions d'admissibilité, des conditions à des programmes, des modalités d'accès. On voit qu'il y a un problème de communication entre ce qui est disponible, ce qui est possible et les coûts qui sont inhérents à certains services.

Deuxième élément, les mécanismes de coordination sont insuffisants, inefficaces souvent, puis ça, vous le savez, ça a été dit plusieurs fois. Donc, nos plaintes le révèlent.

Les critères appliqués pour déterminer la nature et l'étendue des services sont très variables. Qu'on parle des paniers de services en CHSLD, en CLSC, les services à domicile, les services aux personnes âgées,

c'est très variable d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre parfois, et c'est souvent variable selon le temps où le budget a été dépensé.

On voit aussi des applications inégales de directives ou de politiques ministérielles. Même une politique très bien encadrée, structurée venant du ministère, son application dans les régions, elle peut varier, entre autres tous les coûts inhérents à l'hébergement et au déplacement d'une région vers les grands centres. Des problèmes d'accessibilité régionale aux services de réadaptation, ça, c'est récurrent aussi: la physiothérapie, l'orthophonie; des pratiques et des protocoles qui contreviennent aux règles prévues déjà dans la loi: la règle du consentement, notamment, aux soins, le choix du professionnel, les problèmes liés à la contention, notamment en psychiatrie; les problèmes de confidentialité: dossiers d'usagers, dossiers de plaintes; des besoins constants de formation continue des intervenants liés à la légitimité des attentes des usagers puis aussi aux nouveaux besoins qui sont en émergence.

Le mécanisme de plainte, c'est un respect inégal d'une place à l'autre. C'est pour ça que ce respect inégal là et l'interprétation qui est faite de la loi va amener des établissements à compiler différemment l'insatisfaction et à faire des différences entre une plainte et l'insatisfaction. Alors, il y aura des informations qui seront très, très variables aussi.

● (10 heures) ●

La récurrence de plaintes au sujet de délais d'attente pour des soins diagnostiques ou des interventions de deuxième ligne, notamment en cardiologie, ou des services médicaux en région, ça, c'est quelque chose qu'on voit depuis les deux dernières années qu'on ne voyait pas au début. En même temps que je fais ça, là, je vous donne un peu le lien avec lorsque je suis arrivée en 1998. L'augmentation de plaintes en centres jeunesse, je vous l'ai dit tout à l'heure. Il y a une émergence de plaintes au sujet de la contention chimique ou physique et des règles à la mise sous garde ainsi que l'expulsion de membres d'organismes en santé mentale. Ça, quand je vous disais qu'il y avait une certaine récurrence de plaintes dans les organismes communautaires, là, vous en avez un exemple. Et la réticence des médecins. Les médecins ont une attitude, je dirais, qui est vraiment un peu différente. Il y a une certaine réticence lorsqu'ils sont concernés par une plainte sans être mis en cause, parce qu'ils craignent d'être cités en discipline, puis, en même temps, lorsqu'il y a une plainte qui concerne les services à améliorer — comme les délais d'attente — ils sont très ouverts. Alors, vous voyez un peu. Et ils collaborent très bien aux examens de plaintes, les médecins, lorsqu'ils sont comme convaincus que, même en étant concernés, ils ne seront pas mis en cause. Mais il y a une plus grande ouverture des médecins à entrer dans un régime administratif de traitement des plaintes qu'il n'y en avait lorsque je suis arrivée en 1998, ce qui était aussi dit dans les textes de M. Francoeur à mon arrivée.

Maintenant, pour vous autres, on a fait une autre chose ici, on a dit: Même si on n'est pas capables d'avoir un bilan consolidé des régions pour avoir une idée d'ensemble de ce qui se passe dans le réseau, on a fait une analyse systématique de l'année 1998-1999. Il faut savoir que le ministère en a fait les deux années avant

cela, mais la façon dont le ministère le faisait, c'était finalement un ensemble de tableaux qui disaient: Voilà pour telle région, qui donnaient certaines différences d'une région à l'autre mais qui étaient difficiles à suivre parce qu'ils faisaient le même constat que, moi, je ferai en arrivant: C'est que c'est difficile de compiler les plaintes parce que le corpus qui sert à les compiler n'est pas le même d'une place à l'autre, quoique les régions ont quand même travaillé à faire changer ces choses-là. Donc, pour 1998-1999... Je ne peux pas vous donner 1999-2000, les rapports ne sont pas tous rendus. Ça, c'est un problème aussi, les rapports rentrent... on a une certaine idée des plaintes du réseau un an plus tard dans les Maritimes, comme ils disent à... Alors, vous voyez comment il est difficile pour nous... Là, je vous donne deux ans; là, je vous donne 1998 et 1999: 17 000 plaintes, plus ou moins, dans tout le réseau qui ont été compilées, mais avec les réserves dont je vous parlais.

J'ai relevé un peu ce qu'en faisait le ministère en 1997 et 1996, il y en avait 14 000 et 14 700. Ça veut dire qu'on est passé, depuis trois ans, de 1998 en reculant, de 14 000 à 17 000, je dirais, dans le réseau, compilées. Et, de ce 17 000 là, il y en a 739 qui sont des régions régionales — qui ont des compétences de premier niveau — et 1 600 par les établissements.

La seule région de Québec enregistre 53 % des plaintes, puis, quand on fait toute la grande couronne, on arrive à 71 % de toutes les plaintes du réseau qui sont déposées dans les établissements et dans les régions. Les motifs exprimés ressemblent pas mal à ce que, nous, on voit, à la différence que les droits, c'est un motif de plainte beaucoup plus invoqué lorsqu'ils arrivent chez nous que lorsque c'est aux établissements ou aux régions régionales. Dans le cas des établissements, nous, c'est le CLSC qui vient en dernier rang les deux dernières années, alors que le CLSC arrive au troisième rang lorsqu'il est question des régions.

Ce qu'on a pu compiler, c'est autour de 8 000 mesures correctives qui ont été recommandées ou formulées par les établissements ou les régions régionales, et, ce qui est intéressant, c'est que, lorsqu'on décortique les 8 000 mesures correctives, c'est autour de l'information aux intervenants, de l'encadrement des intervenants, des conditions d'obtention de services, les communications. Donc, il y a comme une récurrence toujours avec les mêmes thèmes qui reviennent: la communication, les ajustements, le problème financier, l'encadrement des intervenants, la révision des politiques, des procédures, des protocoles. Alors, c'est en gros, ça, je vous dirais, le premier élément de mon intervention, qui est: Quel est le diagnostic posé de l'examen? Quel est l'examen des plaintes depuis les trois dernières années?

Maintenant, au niveau de l'organisation, je vais revenir un peu en vous disant quel a été le diagnostic que j'ai fait à mon arrivée en fonction en 1998. D'abord, lorsque je suis arrivée en 1998, il y avait officiellement cinq postes d'octroyés, à l'inclusion du poste de commissaire, et il y avait une personne et trois quarts qui faisait des plaintes, et le reste du travail était autour de l'assistance et de l'accompagnement. Il y avait à ce moment-là autour de 82 plaintes qui étaient entrées, mais, depuis la naissance du régime jusqu'à mon arrivée, le nombre de plaintes avait doublé. Vous voyez

que, de 1998 jusqu'à aujourd'hui, jusque vers la fin de cette année, il va tripler. Et le personnel ne faisait que de l'examen de plaintes, alors n'avait pas eu le temps de définir des orientations et un plan d'action, de définir un cahier de politiques et procédures, de commencer à faire un bilan des orientations internes. Donc, la personne et trois quarts qui était là — et j'en ai une qui est témoin parce qu'elle était là à l'époque — ne faisait que cela et, bien sûr, avec un nombre important de plaintes qui restaient en plan d'une année à l'autre.

Après avoir lu les 500 — je dis 500 mais mettons 200, 300, 400 — plaintes au complet, je me suis rendue compte de la limite et des faiblesses de la loi de l'époque. C'était une loi, à ce moment-là, et encore aujourd'hui — et vous allez voir, c'est pour ça que je vais recommander des choses qui vont lui donner du muscle, comme on dit — qui avait des grandes limites: un cadre restrictif très, très, très restrictif, c'est vraiment pathologique, la loi n'obligeait pas que les établissements ou les régies régionales disent ce qu'ils faisaient des recommandations de la Commissaire, pas de pouvoirs d'aviser la ministre, pas de suivi de recommandations — je viens de le dire — pas de vision d'ensemble du réseau, bien sûr, un mécanisme à peu près méconnu. Le nombre de téléphones qu'on pouvait recevoir pouvaient consister autant sur la Régie des rentes que pour les services de santé, un processus à trois paliers assez lourd; les plaintes concernant l'acte médical qui passaient à côté du régime et se traitaient souvent par les pairs et dans un certain secret, des rapports de régies avec une information diversifiée et une méconnaissance, pour ne pas dire une non-connaissance, des organismes d'assistance et d'accompagnement.

Donc, ce cadre-là était restrictif et les mandats des commissaires... Moi, je disais à M. Rochon — je vais faire une farce en vous le disant: Écoutez, c'est un cadre restrictif et la Commissaire a les deux pieds pris dans le ciment: à peu près pas de possibilité d'avoir des visions d'ensemble, de poser un diagnostic sur ce qui se passe, d'être capable de dire: Est-ce que c'est une plainte qui est récurrente? Est-ce que cette réalité-là, on peut agir pour qu'elle cesse? Toujours dans un objectif d'amélioration de la qualité et de satisfaction de la clientèle, dans un objectif où, lorsque les plaintes arrivent, il faut qu'on trouve les moyens de trouver les messages et ensuite corriger pour ne pas les revoir année après année sur la même question. Alors, il y aura une consultation gouvernementale, sera retenu le suivi des recommandations, un pouvoir d'aviser la ministre. Les autres mandats de promotion et de formation ne seront pas retenus mais le ministre dira: Continuez votre réflexion pour des recommandations qui pourront venir à la loi d'ici un an.

Et on a fait un plan d'action. Alors, là, ouverture d'un poste de service à Québec, une ligne sans frais, commencer à structurer le service direct à la population, quelques sorties publiques, une signature nouvelle, commencer à implanter une culture organisationnelle, ce que, moi, j'appelle avoir une mémoire, puis la faire vivre tout au long, exercer notre rôle aviseur par de courts avis, sinon des lettres au ministre, et faire connaître et promouvoir le régime.

Et là, on a fait une tournée des régions. Et la tournée des régions a été comme la pierre angulaire de l'envol que le régime et le fonctionnement prendront.

Alors, déjà, on vous a remis un rapport. Donc, je vais aller très vite. La tournée des régions va nous donner à peu près ce que j'aurai vu à mon arrivée et amènera des limites pas juste liées à la loi mais liées aussi à la culture du réseau, une culture institutionnelle qui se méfie des plaintes, qui prend les insatisfactions comme étant des mauvaises notes au dossier, une culture du réseau où, comme disait M. Fournier tout à l'heure, c'est toujours les intervenants qui savent ce qui est bon pour quelqu'un. C'est difficile d'accepter, comme établissement, que l'utilisateur puisse avoir un point de vue et un jugement sur la qualité des services et qu'il puisse l'exprimer et qu'il puisse demander des comptes à un établissement. Donc, une culture qui avait commencé à prendre le virage clientèle mais qui a encore du chemin à faire. Et toute l'insatisfaction au sujet des plaintes médicales, vous en avez entendu parler, des plaintes médicales, une insatisfaction liée au traitement. Donc, il y aura un comité sur l'acte médical qui va donner lieu à une entente avec les médecins, que vous avez eue dans le premier avis, et il y aura aussi la mise sur pied d'un comité pour réviser le système d'information et de gestion des plaintes.

Alors, donc, un premier avis sera déposé à la ministre — vous en avez entendu parler il y a quelques mois, pour ne pas dire presque un an — élargissement du mandat et des fonctions de la Commissaire, une bonification du mécanisme, puis la reconnaissance d'un recours administratif pour les médecins.

Après mon passage à la Commission de la santé et des services sociaux, à la commission de M. Clair, je me suis rendue compte que, pour la première fois depuis très longtemps pour ne pas dire toujours, l'Organisation mondiale de la santé avait parlé de la nécessité de mesurer la satisfaction de la clientèle, ce que eux autres ont appelé la réactivité, et qu'ils invitaient tous les établissements et tous les États à se doter de moyens pour mesurer la qualité et la performance de leur réseau parce que ça avait une incidence sur le rang qu'ils occuperaient dans la qualité des services. Donc, la satisfaction de la clientèle est devenue comme étant un élément extrêmement important et un indicateur de qualité.

● (10 h 10) ●

À la suite de cela, j'ai donc formulé un nouvel avis à la ministre, déposé en décembre dernier. Et ce nouvel avis là, je vous en donne quatre idées, il répond à quatre grandes caractéristiques: il consolide les responsabilités locales, il voudrait créer un commissaire local à la qualité, lequel commissaire local aurait la marge de manoeuvre pour faire les examens, devrait avoir une indépendance de fonction, devrait relever du conseil d'administration, le conseil d'administration pourrait lui demander des comptes en n'importe quel temps et il pourrait lui confier des mandats liés à la qualité. Plusieurs établissements pourraient être ensemble pour embaucher le même commissaire à la qualité et c'est le conseil d'administration qui déciderait quel type de personne ils embaucheraient. Ça pourrait être un salarié de l'organisation, mais ça pourrait être n'importe quel type de personne qu'ils considèrent

avoir les habiletés nécessaires pour travailler avec les usagers.

Deuxièmement, un commissaire régional à la qualité, alors ça, c'est dans les régies régionales. Maintenant, dans un régime à deux paliers — parce que je proposerais un régime à deux paliers, c'est-à-dire un commissaire local ou un commissaire régional — le commissaire local pour les plaintes d'établissement, le commissaire régional pour certaines compétences comme organismes communautaires, services d'urgence, et un deuxième recours, qui est le recours à un commissaire. Alors, le commissaire régional traitera les plaintes de compétences régionales actuellement dévolues à la loi et avec un mandat plus grand d'agir sur les résultats de qualité, de surveiller le travail de qualité qui est fait et de laisser les processus plus libres pour les établissements. Donc, un régime à deux paliers au lieu de trois. C'est donc des changements importants pour pouvoir amener le régime à maturité.

Troisième élément, la reconnaissance d'un vrai ombudsman en santé avec plus de pouvoirs: un pouvoir d'initiative, qui avait été demandé, d'ailleurs, en 1998, une fonction d'examiner des plaintes en deuxième instance, surveiller l'application du recours, surveiller la qualité, intervenir auprès de la ministre et des instances du réseau, alors donc un pouvoir d'ombudsman en santé dédié, une autorité dédiée en santé que, nous, on a appelé protecteur des usagers mais qui pourrait s'appeler ombudsman en santé ou qui pourrait avoir n'importe quelle dénomination. Mais ce qui est important, c'est une autorité dédiée avec des pouvoirs d'examen, d'initiative, de surveillance et qui a l'obligation d'avoir une vision d'ensemble et de surveiller la qualité et les droits des usagers.

Finalement, une quatrième caractéristique, de notre avis, c'est des rapports quantitatifs et qualitatifs d'établissement et régionaux qui vont intégrer les bilans d'activité de l'établissement plus la comptabilisation des plaintes médicales, qu'elles soient de nature disciplinaire ou de nature administrative, que le conseil d'administration puisse fixer aux établissements des résultats, des objectifs de résultat, donc forcer des engagements publics à l'égard de leur population, et par l'obligation de colliger des données à partir d'un système d'information unique et national de gestion des plaintes, parce qu'il faut avoir un système capable de colliger les mêmes données avec les mêmes corpus pour être capables de tirer les enseignements et être capables aussi d'agir sur les éléments les plus importants.

À la fin — et je termine là-dessus parce que j'ai dépassé mon temps — à la page 15, les deux dernières pages... Alors, vous avez les deux premières pages qui sont l'examen des plaintes et les deux dernières pages qui sont les grandes orientations qu'on a prises. On a un certain nombre de décisions et d'activités qu'on a initiées depuis: embauche d'un directeur des opérations, embauche de médecins et de cliniciens, donc diversifier le personnel pour être capables d'avoir une vision un peu de ce qui se passe dans le réseau, des discussions pour convenir d'objectifs de résultat de traitement des plaintes, deux points de service — j'en ai parlé — un plan stratégique, une déclaration de citoyen — vous avez le plan stratégique, on vous l'a remis — et des

activités comme — un élément important que je porte à votre attention — l'élaboration et l'administration d'un module de formation à toutes les personnes responsables de plaintes dans tout le Québec, qui est dispensé par nous à partir d'un monsieur, un psychologue, qui nous aide à faire ce travail-là. Donc, ça, c'est important. On a participé à plusieurs audiences publiques sur les personnes âgées au comité Dicaire, au comité Arpin, à une consultation du Conseil médical. On a commencé à déterminer un cahier de politiques et procédures, la révision du SQGP, certaines interventions publiques, et on a soumis un plan de développement qui devrait tenir compte d'une fonction accrue d'ombudsman et de pouvoirs plus grands, un plan d'organisation qui devrait nous amener à répondre aux orientations qu'on a, à la mission qu'on s'est donnée. Voilà, excusez-moi, c'est tout. Voilà. J'étais nerveuse, avez-vous remarqué?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Bien, écoutez, je vous remercie, Mme Côté. Je pense que c'est un excellent exposé que vous nous avez fait, et ça nous permet justement de mieux comprendre le rôle de la Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux. Et c'est ce que les membres souhaitaient, bien sûr, d'en connaître davantage. C'est la raison, d'ailleurs, c'est notre mandat de surveillance. Alors, je trouve ça très, très, très intéressant.

#### Discussion générale

Il y a sûrement des membres qui ont maintenant des questions à vous poser. Oui, alors le député de Masson. Je vais commencer par le député de Masson.

#### Mécanisme de traitement des plaintes et responsabilité de la qualité des services

**M. Labbé:** Merci, Mme la Présidente. Mme Côté, merci à votre équipe, félicitations. Et effectivement, Mme la Présidente, vous avez raison: c'est un secteur qu'on connaissait plus ou moins, et je dois vous dire que, avec votre présentation, madame, d'abord, je suis content de voir que c'est dynamique, je suis content de voir que vous êtes convaincue aussi. Alors, là-dessus, ça paraît. Et vous n'avez pas peur de vous impliquer dans votre discours, et ça, c'est intéressant.

Par contre, c'est sûr que j'aurais peut-être une première préoccupation. Quand vous parlez — c'est à votre document à la page 13 — d'un régime à deux paliers, si on regarde juste la notion... Vous enlevez un petit peu d'une certaine façon la régie.

Vous dites: On va nommer un commissaire régional qui va s'occuper des plaintes plus spécifiques au niveau de la régie régionale comme telle; par contre, c'est toute la notion, pour moi, d'imputabilité versus la responsabilisation par rapport à la régie, versus ses établissements sur son territoire. Le fait d'enlever un palier, je peux comprendre à un certain niveau par rapport à l'efficacité, mais il n'y a pas un risque, à un moment donné, de déresponsabiliser à ce moment-là ce deuxième palier là par rapport à ses institutions sur son territoire versus les plaintes? Je ne sais pas comment vous voyez ça à ce moment-là à votre niveau.

**Mme Côté (Rosette):** Mme Tremblay, comment vous fonctionnez? Est-ce que je prends question par question ou...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, oui, oui. De toute façon, c'est une procédure qui est très, très souple. Alors, bien sûr que vous pouvez répondre. Et aussi remarquez que ça peut être un membre d'un côté, de l'autre. Alors, c'est très souple. Alors, je vous cède la parole, Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Merci. Alors, je pense qu'il faut le regarder sous deux angles: sous l'angle de la qualité et sous l'angle des usagers. Sous l'angle de la qualité, les régies régionales ont dans la loi le mandat d'organiser les services et d'en surveiller la qualité. Quand on regarde les plaintes que les régies régionales traitent actuellement, elles traitent un pourcentage très peu élevé de plaintes qui viennent des établissements, puis elles traitent leurs propres plaintes.

Les plaintes qui sont les plus importantes pour eux autres, c'est de savoir: qu'est-ce qui se passe dans les organismes communautaires, qu'est-ce qui se passe dans les services d'urgence, et c'est de surveiller les résultats de qualité des établissements plutôt que de surveiller les processus pris par l'établissement pour arriver à avoir des résultats satisfaisants.

Ce qu'on dit, nous autres, c'est que la régie, elle va garder son rôle de surveillance de son territoire, de sa région. Elle va devoir produire les rapports régionaux pareil à chaque année et elle va savoir par d'autres moyens ce qui cloche dans ces établissements. Et ce qu'il y a d'important pour elle, c'est qu'elle puisse surveiller les résultats de qualité et qu'elle puisse intervenir en amont de cela. Donc, on lui donne une responsabilité plus large de surveillance de qualité et on laisse aux établissements la responsabilisation à l'égard des services qu'eux autres rendent dans la prestation de services.

Et, de par la recommandation qu'on fait à la ministre, on demande que les établissements soient encore beaucoup plus soucieux de rendre des comptes à la population lorsqu'une plainte est déposée. Et on leur ouvre un pouvoir beaucoup plus large en disant: Il n'y a pas juste les plaintes desquelles vous allez devoir tirer des messages, il va falloir aussi que vous vous occupiez de la qualité par d'autres moyens parce que le mécanisme de plaintes, ce n'est qu'un moyen, ce n'est qu'une mesure d'indicateur de qualité; il y en a bien d'autres, et l'établissement doit se donner d'autres moyens.

Donc, dans le fond, je résumerai en disant: Les établissements ont la responsabilité des processus et la responsabilité de la prestation de services et de répondre de la qualité des services à la clientèle, les régies régionales ont la responsabilité de répondre de la qualité des services qu'ils doivent gérer, comme organismes communautaires, mais en même temps la qualité de services sur leur territoire. Et, au niveau du troisième palier qui est nous, qui deviendrait le deuxième palier, c'est une responsabilité qui est beaucoup plus générale et beaucoup plus systémique.

Donc, il n'y aura pas déresponsabilisation parce que la singularité de notre régime, c'est que c'est

l'établissement qui prend la responsabilisation, c'est eux autres qui doivent dire comment ça marche chez eux, qu'est-ce qui ne va pas, pourquoi ils ont des problèmes, où sont les plaintes, pourquoi ils ont tels services, tels délais d'attente, telles réalités, puis c'est à eux autres à rendre compte de la prestation de services.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Masson.

**M. Labbé:** Si vous permettez, Mme la Présidente... Maintenant, par rapport aux clients.

● (10 h 20) ●

**Mme Côté (Rosette):** Par rapport aux clients, actuellement il faut constater que trois paliers découragent les usagers. Parce que, dites-vous, déposer une plainte, le temps que vous prenez pour la déposer, ça prend du temps. Parce qu'il faut du courage de déposer une plainte. On ne se lève pas le matin en disant: Bon, à matin je ne suis pas contente du service, je dépose ma plainte. Déposer une plainte, le temps que tu prends pour déposer la plainte, l'établissement a 45 jours pour donner son examen. Si tu n'es pas satisfaite, c'est un autre 45 jours, ça s'en va à la régie régionale. Et, quand ça arrive chez nous, c'est plus long parce qu'on fait un examen beaucoup plus approfondi, si on se rendait compte qu'il y aurait nécessité de pouvoir d'enquête, d'enquête publique. Alors, l'usager, trois fois de file, il refait son histoire; trois fois de file, il dit qu'il n'est pas content. Alors, c'est un processus très lourd qui décourage, alors que le mécanisme est vu pour permettre à l'usager d'obtenir satisfaction mais surtout pour permettre aux établissements et à une région de voir ce qui ne marche pas.

**M. Labbé:** Quand vous dites, justement: Trois fois de file il doit faire ses plaintes, je comprends ça, puis ce n'est pas évident, puis souvent on se demande si le processus n'est pas plus fait pour éliminer, malgré que vous me rassurez en me disant que 98 % sont réglées au palier local. Ça, c'est rassurant.

Par contre, est-ce que c'est prévu actuellement ou est-ce que vous avez prévu le fait qu'il y a une interaction, mettons que la régie régionale ne joue plus le même rôle à ce niveau-là, mais quand il y a des plaintes qui sont traitées au niveau local, est-ce qu'il y a des rapports de ces plaintes-là ou des statistiques ou des éléments qui sont envoyés à la régie ou au Commissaire aux plaintes pour dire: Écoutez, il y a des choses qu'on a réalisées à notre niveau pour s'apercevoir, finalement, que c'est pan-Québec, ce type de problème là, et que les régies peuvent réagir là-dessus et aussi peut-être la Commissaire, faire des recommandations au gouvernement là-dessus. Y a-tu un lien par rapport à ces plaintes-là quand elles sont traitées par la suite?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Juste quand le rapport annuel arrive.

**M. Labbé:** Oui, c'est la seule...

**Mme Côté (Rosette):** C'est ça. Et c'est là que, je trouve, vous apportez un élément intéressant. C'est que, dans un contexte où le rôle qu'on a, c'est un rôle assez impartial et autonome du ministère et des régies régionales, il est très difficile que les régies collaborent avec nous autres lorsqu'il y a une plainte, parce qu'on doit garder notre distance. Dans un contexte où les régies ne traiteront plus en deuxième palier les plaintes, ça va les amener tranquillement pas vite à pouvoir établir avec nous un certain partenariat en cours d'année en disant: Quand je regarde ce qui ne va pas dans ma région ou dans tel type de mission, il y a telle ou telle sorte de plaintes, est-ce qu'il n'y aurait pas moyen qu'on puisse proposer un avis ou faire une collaboration pour enrayer la saignée? Alors qu'actuellement, à cause de cette espèce d'indépendance qu'on doit garder à l'égard des régies régionales et des établissements, nous apprenons les problèmes des régions quand le rapport est déposé, et souvent il est déposé six, huit mois après que l'année soit terminée, des fois un an.

**M. Labbé:** Merci, madame, ça répond.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. le député de Masson. M. le député de Châteauguay.

#### Indépendance du Commissaire aux plaintes

**M. Fournier:** Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous saluer officiellement, je vous ai écoutée avec attention, j'ai aussi pris connaissance de certains documents qu'on avait en notre possession. Si vous me permettez, je vais d'abord partir d'un élément qui se retrouve dans votre rapport annuel 1999-2000 où je prends un paragraphe. Il se retrouve à plusieurs autres endroits, bien sûr, c'est la notion d'indépendance, et je lis ceci à la page 11: «Ce qui distingue la Commissaire aux plaintes des autres paliers — on a parlé de trois paliers tantôt — c'est qu'elle constitue un recours indépendant des diverses instances susceptibles de faire l'objet d'une plainte en vertu de régime institué par la loi.» Alors, évidemment, on comprend que les deux autres paliers sont intimement liés à l'établissement ou à la régie, et, par rapport à ces paliers-là, vous qualifiez le vôtre de plus indépendant ou même d'indépendant, et peut-être que c'est là-dessus qu'on devrait entamer le premier élément de discussion.

D'abord, je vais prendre — je ne sais pas si c'est un organisme en compétition ou en complément — je vous donne l'avis du Protecteur du citoyen qui date quand même un peu, mais il est toujours très pertinent, du 9 juin 1999 — d'autant que vous accouchez de propositions d'ombudsman, un protecteur du citoyen santé, je dirais, avec le volet santé uniquement — le Protecteur du citoyen disait, à l'époque, reconnaissait qu'il y avait plus de plaintes, qu'il recevait plus de plaintes que l'organisme qui est supposé recevoir les plaintes en matière de santé, et il qualifiait donc votre organisme de la façon suivante: «Ce Commissaire gouvernemental n'a ni l'indépendance — tout de suite on rentre dans le vif du sujet — ni l'efficacité du Protecteur du citoyen; il relève de l'administration.» Un peu comme les deux premiers paliers, le troisième palier aussi relève de l'administration. Et il disait — je cite

toujours — c'est entre guillemets: «Cette situation anachronique met en péril des droits démocratiques comme celui de faire revoir des décisions administratives par un organisme impartial.» Dans son rapport, il constate que la Commissaire aux plaintes dans la santé est nommée par le gouvernement au lieu d'être élue par l'Assemblée nationale, son mandat n'est que de cinq ans et il n'est pas renouvelable, bon, et il continue avec un certain nombre de commentaires.

Essentiellement, ce que le Protecteur du citoyen disait et mettait en relief, c'était ce qu'on pourrait appeler le bobo, entre autres, de la nomination — il y a un virus dans l'organisme qui est celui qui découle du mode de nomination — et il faisait un constat, celui de l'absence d'indépendance.

Je regarde par la suite une opinion qui était dans un des documents qui nous a été remis par la commission, qui relate les modifications que vous avez incluses à l'avis sur l'amélioration des régimes de plaintes, février dernier, février 2000?

**Mme Côté (Rosette):** Février 2000, oui.

**M. Fournier:** Il y a un an?

**Mme Côté (Rosette):** Oui. Le dernier vient de février.

**M. Fournier:** Et je veux juste relever quelques-unes de ces recommandations-là que vous avez déjà identifiées qui, à mon avis, ont l'air de nous amener presque dans la même lignée de pensée que le Protecteur du citoyen lui-même. C'est comme si, après quelques réflexions, vous en étiez arrivée aux mêmes commentaires; en tout cas, ça laisse penser.

Je regarde le 1.2: une des recommandations, c'est d'obliger le Commissaire, le Commissaire ainsi que son personnel, à prêter le serment ou la déclaration solennelle d'impartialité et de discrétion dans l'exercice de leurs fonctions. Je dois avouer que, quand j'ai lu ça, je me suis demandé — peut-être quand j'aurai terminé, vous pourriez relever un de ces éléments-là — quand on propose un changement, c'est parce que, dans le réel, dans le concret, il se passe quelque chose qu'il faut changer. Alors, je me suis dit: Quels étaient les cas ou les problèmes qui se sont présentés dans le quotidien qui vous amènent à dire qu'une des choses qu'il faut faire, c'est prêter serment? Je dois vous avouer que ça m'a un petit peu inquiété.

Je vais continuer un peu plus loin, 1.7: «Qu'en outre le Commissaire puisse, chaque fois qu'il l'estime nécessaire, donner son avis au ministre ainsi qu'à toute instance du réseau sur toute question non seulement reliée aux objets de plaintes et au respect de leurs droits, mais également sur toute question reliée au recours en question, notamment sur les difficultés concernant l'application en procédure d'examen.» Si vous demandez qu'il y ait un amendement pour vous permettre de donner des avis chaque fois que vous l'estimez nécessaire, je me suis dit que, a contrario, vous ne pouvez pas donner d'avis en ce moment quand vous l'estimez nécessaire. J'aimerais que vous m'en parliez parce que, si c'est le cas — remarquez, peut-être que je devrais le savoir — c'est un autre élément pour

se poser des questions sur l'indépendance, il va sans dire.

Le point 1.8 qui suit: «Que le Commissaire puisse rendre public tout avis, recommandation ou rapport spécial qu'il formule dans l'exercice de ses fonctions 30 jours après l'avoir transmis au ministre.» Est-ce que je dois comprendre que, en ce moment, une fois que vous remettez un avis, vous ne pouvez le rendre public sans qu'il y ait une autorisation quelconque qui soit donnée? Voilà pour les interrogations que j'ai eues sur l'aspect, je dirais, de l'indépendance.

J'ajouterais pour terminer: Au mois d'octobre dernier, on vous citait dans un article de *La Presse*, où vous disiez ceci, c'est entre guillemets: «Il faut démontrer à l'usager qu'il y a un phare qui éclaire, un rempart qui veille à l'application de ses droits, une autorité indépendante, perceptible par les usagers.» Alors, je crois bien que la question d'indépendance est aussi au coeur de vos préoccupations, et j'aimerais que vous commentiez sur quelle est la situation présente, aujourd'hui. Est-ce qu'on peut vraiment dire, comme vous le dites dans votre rapport annuel, que votre palier à vous, c'est le recours indépendant?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Oui. Bon. Je vais traiter la notion d'indépendance puis la loi. D'abord, il est de notoriété publique que le Protecteur du citoyen a toujours... n'a jamais digéré, entre guillemets, que le législateur, lorsqu'il a créé le régime en 1993, ne donne pas le pouvoir des plaintes en santé dans la totalité de ses juridictions. Bon. C'est un choix de législateur; moi, je ne mêle pas de ça. On s'entend? Bon.

Le Protecteur du citoyen a mis en évidence des pouvoirs inexistantes dans la loi, dont je vous ai parlé tout à l'heure, qui sont les mêmes que j'ai constatés. Et là, ça va répondre... Je vais aller répondre à vos questions de la dernière à la fin.

La loi, elle est claire; le pouvoir d'initiative tel que demandé au dernier avis, la loi ne le permet pas. Ce que la loi dit, c'est: la Commissaire aux plaintes, elle ne peut intervenir que lorsqu'une plainte a passé les deux paliers précédents et que la plainte arrive chez elle. Donc, pour pouvoir intervenir de ma propre initiative, il faudrait qu'on change la loi puis qu'on dise qu'on utilise le mécanisme de plaintes à deux ou trois paliers, mais que, lorsqu'il y a une situation préoccupante qui est signalée par un groupe ou signalée par une régie ou signalée par un établissement, on puisse aller faire une enquête.

Alors, quand vous parliez tout à l'heure du pouvoir d'initiative, ce n'est pas un pouvoir d'initiative parce qu'il faut que je demande la permission, c'est un pouvoir d'initiative non prévu à la loi. La loi, elle dit: C'est les plaintes, le déclencheur; pas de plainte, pas de déclencheur. Quand la plainte arrive au troisième palier, là, après ça, je peux faire un avis à la ministre sur une question.

● (10 h 30) ●

Les avis maintenant. La loi ne prévoit pas de modalité ou de façon de rendre publics les avis. Alors, moi, ce que j'ai convenu avec le cabinet de façon écrite,

c'est de dire: Lorsque je déposerai un avis, je ferai comme fait le Curateur, comme font toutes les commissions: je vous l'enverrai trois ou quatre, cinq jours avant, puis, ensuite, je le sortirai publiquement. Mais l'indépendance du contenu de l'avis, tout ça a toujours été respecté, mais, étant donné que la loi ne le prévoyait pas, on s'est dit: On va le prévoir. Donc, la loi va prévoir une mécanique pour utiliser le pouvoir d'initiative qui est une espèce d'enquête privée et une mécanique pour pouvoir déposer des avis ou des rapports. Actuellement, le rapport, il est déposé. C'est la seule chose qui est déposée à la ministre.

Au sujet de prêter serment, c'est un fait que, lorsqu'on a fait une analyse serrée de la loi, on a regardé toutes les fonctions apparentées à celles exercées par la Commissaire aux plaintes puis on a regardé quels étaient tous les éléments qu'on pouvait mettre dans la loi pour s'assurer que ce soit étanche en termes d'impartialité puis en termes d'objectivité. Actuellement, la loi dit que je dois déléguer mes pouvoirs. Et il y a une formule officielle que j'envoie au gouvernement qui dit: Mme Sylvie Presseault est arrivée. Je délègue le pouvoir en vertu de l'article x pour qu'elle puisse traiter les plaintes, parce que c'est un pouvoir délégué. C'est une fonction et c'est un pouvoir délégué. Étant donné que le pouvoir existe, on s'est dit: Maintenant, si on veut lui donner encore plus de coffre et faire que ce soit une vraie autorité dédiée pour les usagers, il faudrait aller jusqu'à ce que font beaucoup d'organisations qui disent qu'il faut qu'il y ait comme un serment solennel qui est prêté par la personne et par ses employés. Bon. Ça, c'est les éléments à la loi.

Au sujet de l'indépendance maintenant. Je sais que vous parlez... Je crois qu'il y a deux façons de voir l'indépendance de cette fonction-là. Il y a d'encadrer de façon très stricte les prérogatives de la fonction dans la loi, il y a ça et moins, puis proposer que ce soit une nomination de l'Assemblée nationale, donc des deux côtés de la Chambre. Les deux choses sont possibles, les deux hypothèses sont possibles.

Moi, j'ai regardé un peu qu'est-ce qui se passait dans d'autres pays. Bon. Je regarde en France, entre autres, le Protecteur des citoyens est une nomination du gouvernement. Je regarde aussi dans les pays scandinaves. Les deux réalités sont possibles. On a choisi, nous, de faire un avis qui va encadrer la totalité des pouvoirs et des façons de faire et de la façon de travailler de cette fonction-là, ce qui va lui assurer son indépendance, parce que, si ce n'est pas respecté, on contreviendra à la loi, un peu comme le Curateur public si je donnais un exemple ici.

Le législateur pourrait choisir de dire: Bon, cette fonction-là, plutôt que d'avoir une autorité dédiée qui a tel, tel, tel encadrement, ça pourrait être sous la responsabilité d'une seule personne. Moi, fondamentalement, et en mon âme et conscience, comme on dit dans notre culture, je crois qu'il faut qu'il y ait une autorité dédiée pour les usagers en rapport avec les services sociaux et les services de santé, parce que je crois que c'est complexe que souvent la relation entre la personne... est importante, parce que souvent ça évolue très vite. Parce que les mesures correctives sont nécessaires, il faut qu'elles soient dites et formulées rapidement.

Par rapport à l'indépendance, ce que je peux dire, moi: Depuis que je suis là, ça fait trois ans, il n'y a aucune ingérence entre le gouvernement ou le ministère, la ministre et nous. Nous disposons de notre propre budget. Nous gérons le budget comme nous le voulons. Nous gérons nos orientations, notre plan d'action, notre plan stratégique comme nous le convenons, nous le présentons, nous le donnons, mais il n'est jamais modifié. Il n'y a pas d'interférence entre le cabinet, la ministre ou le gouvernement sur notre indépendance. Et, quand on fait nos examens de plaintes, le ministère est une source d'enquête au même titre que la régie régionale et que l'établissement.

Et, quand on dit que le recours chez nous, il est impartial et indépendant, c'est que lorsqu'on fait l'examen d'une plainte, on fait une enquête. Je ne dis pas le mot «enquête», là... prenons-le dans le sens du dictionnaire. C'est qu'on regarde, on commence par regarder ce que l'usager... sa version des faits. On questionne l'établissement. On rencontre dans l'établissement 10, 12, 15 personnes, s'il le faut, qui ont gravité autour de la personne. On fait la même chose avec la régie à partir du dossier. Si on a besoin de savoir les politiques du ministère, si on a besoin de relever 10, 12 ans dans le ministère qu'est-ce qui s'est passé, le ministère est une source d'examen au même titre que les autres, et on rend nos recommandations. Et, quand on fait des recommandations ou qu'on envoie des lettres à la ministre ou qu'on dépose des avis sur des objets de plaintes, pas sur mandat d'initiative, ce sont les avis qui sont le produit de notre propre bureau.

Et, quand je travaille sur le budget, je vous ai présenté un peu le budget, si on a prévu, le 14 mars, qu'on mettait tant de dollars pour le traitement des personnes puis qu'on se rend compte... qu'on embauche quelqu'un en temps supplémentaire ou en surcroît de tâche, on le fait. C'est une fonction gouvernementale. Le seul lien, c'est que, pour l'emploi — et ça, c'est différent du Protecteur du citoyen — pour l'embauche des employés, je dois d'abord passer par la fonction publique, dans le bassin de la fonction publique. S'il n'y en a pas, je peux aller à l'externe. Donc, je peux aller dans le bassin des occasionnels puis, ensuite, je peux aller à l'externe. Ça, c'est un... La loi le prévoit comme ça. On s'est demandé si on allait ou non le modifier, ça pourrait être modifié.

Mais l'indépendance, l'impartialité est dans la rigueur du travail et dans le serment de loyauté des personnes et dans la distance qu'on met entre les établissements, les régies et le ministère.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Côté. M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Je note que, d'entrée de jeu, vous nous avez dit que, dans la compétition entre le Protecteur du citoyen et votre organisme, la décision avait été prise à un moment donné que vous n'alliez pas réagir à ça. Je comprends vers la fin que vous y avez réagi, vous avez dit: Bien, moi, je pense qu'il y a un choix, il faut qu'on soit dédié. C'est un secteur d'activité — avec ça, je suis tout à fait d'accord avec vous — qui est très important, c'est quand même le quart de l'action de l'État, tout au moins en termes

financiers, alors forcément là... Plus que le quart, 40 %. Alors, c'est sûr que ça prend beaucoup de place. Dans ce sens-là, il y a une réflexion à faire.

D'autre part, on peut imaginer aussi que, quand le Protecteur du citoyen est dans un état où il reçoit plus de plaintes que vous n'en recevez... Puis, de toute façon, peu importe les statistiques, on a rien qu'à aller à l'épicerie puis demander au monde s'ils vous connaissent, vous et le Protecteur du citoyen, malgré, là, un certain nombre d'années en fonction, je pense qu'il va gagner la compétition assez rapidement.

Alors, il y a une espèce de notoriété qui est utile d'ailleurs pour l'usager, hein, pour savoir s'il va faire quelque chose ou pas. Avec qui je fais affaire, c'est-u un organisme que je connais, ça va-tu vite? Réduire les paliers, c'est une question d'être utile pour l'usager. Bien, l'usager se pose la question dès le départ: C'est qui eux autres, ça existe-tu pour vrai, puis j'ai-tu une certaine chance? Il y avait les dangers de représailles dont on parlait tantôt, face aux établissements, tout ça. C'est un domaine où les gens... Je vous le disais tantôt, avant qu'on commence la séance, la santé, c'est un peu comme avoir la foi, on laisse notre corps à des gens qui s'y connaissent, et, nous, on ne s'y connaît pas puis on espère que ça va bien aller. Alors, évidemment, après ça, c'est tout un combat quand on a à se battre.

Mais je pense qu'on ne peut pas mettre du revers de la main, simplement sous le motif qu'il faut être dédié parce que c'est gros et c'est complexe, le fait qu'il y a des avantages avec l'organisme reconnu qui est le Protecteur du citoyen, surtout avec son indépendance, je dirais, de perception. Je vous entends. Puis je ne doute pas que vous le dites avec beaucoup de conviction. Puis, dans la rigueur du travail de tous les jours, il y a une distance. Mais il y a tellement de jugements qui ont été rendus dans des cas justement où il y a des enquêtes, où il y a des plaintes, où il doit y avoir une conséquence sur l'importance que les gens perçoivent que c'est réellement indépendant. Au-delà du fait que ça l'a été ou que ça ne l'a pas été, il faut que les gens aient ce sentiment-là.

Et, à cet égard-là, il est évident que le processus de nomination, qui relève plus de l'Assemblée nationale que de l'Exécutif — qui a un rôle, l'Assemblée nationale, tous les partis confondus là, un rôle de surveillance face à l'Exécutif — il y a là une perception d'indépendance dont il est important de tenir compte. Je comprends l'aspect dédié, c'est un facteur à considérer, je pense qu'il y en a d'autres. Quand vous dites par exemple: Quand je remets un avis en ce moment, c'est aussi indépendant que peut l'être le Protecteur du citoyen, j'en remets une copie à la ministre puis, trois, quatre jours après, je peux le sortir, nous, et vous le savez, quand le Protecteur du citoyen dépose son rapport, il le dépose sur les pupitres de l'Assemblée nationale et tout le monde l'a en même temps. Les addendums à vos recommandations de l'an dernier, d'il y a un an, des fois il y a trois, quatre jours que vous l'avez donné à la ministre, vous nous avez dit que vous l'avez donné au mois de décembre.

Alors, je ne dis pas ça pour démontrer qu'il n'y aurait pas de distance, qu'il n'y aurait pas d'indépendance factuelle, mais quelqu'un qui écoute nos délibérations va se dire: Bon, bien, déjà là j'avais

l'information à l'effet que l'Exécutif, lui, est en possession de ces recommandations-là depuis deux mois.

● (10 h 40) ●

**Mme Côté (Rosette):** M. Fournier, là, trois affaires, on va régler trois affaires ensemble. Le Protecteur du citoyen, le peuple québécois ne le connaissait pas avant qu'il commence une campagne de connaissance de la fonction. C'est vrai, vous avez raison, la Commissaire aux plaintes n'est pas connue, cette fonction-là n'est pas connue. C'est vrai qu'il y a du travail pour la faire connaître. Je vous dirais que... Quand vous dites: Il y a plus de plaintes, il y a 17 000 plaintes dans le réseau, le Protecteur du citoyen ne reçoit pas 17 000 plaintes, dans toutes ses plaintes, pour tout le gouvernement. Le nombre de plaintes...

**M. Fournier:** Excusez-moi de vous interrompre, là.

**Mme Côté (Rosette):** Oui.

**M. Fournier:** Si vous voulez comparer des comparables, on va comparer les plaintes que vous recevez à votre niveau.

**Mme Côté (Rosette):** Oui, oui. Mais vous savez comment fonctionne le Protecteur du citoyen.

**M. Fournier:** Je fais juste vous dire ça...

**Mme Côté (Rosette):** Oui, vous avez raison, il y a une différence, c'est-à-dire que le Protecteur du citoyen, il reçoit toutes les plaintes, il les repitche en bas puis il demande aux gens de faire l'examen. S'il n'est pas content de l'examen, il le prend, en deuxième lieu, et il le fait. Le régime qui est institué, c'est le contraire. On dit: L'établissement a la responsabilité de faire son propre examen. C'est lui qui reçoit la plainte, c'est lui qui a un objectif, qui a une obligation de faire son examen. Si la personne n'est pas satisfaite, c'est elle qui décide. Et ça, c'est vraiment différent.

Le régime n'est pas fait pour que ce soit quelqu'un en haut qui décide ce qui est bon pour l'autre. C'est la personne qui décide, en bas, qu'elle n'est pas contente et qu'elle fait les autres étapes, alors que, dans le Protecteur du citoyen, c'est lui qui décide, parce qu'il n'est pas satisfait de la réponse qu'a donnée le ministère ou qu'a donnée l'organisme X, et puis il va plus loin. Premier élément. Ça, c'est une philosophie qui est complètement différente. Qui est aussi bonne d'un côté comme de l'autre. Le régime, il dit: La responsabilité est en bas, puis ensuite le plus haut, c'est pour garantir aux usagers un autre examen en dernier lieu. Ça, c'est le premier élément.

**M. Fournier:** Est-ce que je peux réagir...

**Mme Côté (Rosette):** Oui, oui. Allez, allez.

**M. Fournier:** ...juste sur cette différenciation-là? Dans le cas du Protecteur du citoyen, et, ma foi, surtout parce que la santé, c'est compliqué, est-ce qu'il n'y a pas un avantage justement, dans la mesure où il

prend fait et cause pour la plainte, pour le plaignant, il va vérifier pour lui. Dans le système que vous démontrez... Encore là, je ne suis pas marié avec mon opinion, je réfléchis avec vous.

Dans le système actuel, vous l'avez dit d'ailleurs, c'est le citoyen, l'usager, le patient qui s'en sort tout seul, qui a à faire face à la machine. Vous savez comme moi que, quand tu es un individu face à une grosse machine... Et qui va prendre du temps, là. Là, on s'entend, dans les trois paliers qu'on a, qu'il y en ait trois, qu'il y en ait deux, c'est long, c'est de longue haleine. Il n'y a pas un accompagnement. Votre procédure n'en est pas une d'accompagnement. Votre organisme comme tel, c'est l'aboutissement.

Et, jusqu'à un certain point, je ne veux pas vous faire de peine, mais — puis je pensais ça avant qu'on se rencontre ce matin — ma connaissance de député, avant que je sois critique à la santé, ce qu'on voyait... Nous autres, on est des établissements visés aussi. Les gens nous appellent pour nous dire qu'il y a des problèmes. Ma compréhension, c'était que votre organisation était plus un évacuateur de plaintes; je parle de la première étape, la deuxième étape, la troisième étape. L'ensemble des étapes devenait une espèce de long chemin où, au fil du temps, les gens finissent par dire: Bon, bien, moi, je me désengage de cette procédure-là, je me plains, puis je suis malheureux, puis c'est tout. Alors que, dans le cas du Protecteur du citoyen, il y a un accompagnement, il y a un support, il y a un constat qui est fait.

J'avoue qu'il y a des pouvoirs, j'y reviendrai tantôt, d'investigation ou de regard que vous demandez, puis que vous avez raison de demander, qui doivent être donnés. Il y a une possibilité de prendre plus large et de dire: Il y a une problématique grave, et nous allons en saisir la population. Parce que non seulement le Protecteur du citoyen, c'est parce qu'il a fait une tournée de sensibilisation ou qu'il se fait connaître comme organisme, c'est que les avis qu'il donne sur des investigations larges sont importants, ont un impact dans la population. Les gens sentent qu'il a pris fait et cause. On peut aimer ou ne pas aimer, bon, les orphelins de Duplessis ou d'autres, on peut aimer ou ne pas aimer, sauf que la personne qui est chez elle finit par savoir: Ah! j'ai un problème aujourd'hui, je sais que, lui, il fait ça, ces affaires-là, il nous aide. Est-ce que vous ne trouvez pas qu'il n'y a pas là un élément...

**Mme Côté (Rosette):** Vas-y, Pierre, puis je vais compléter.

**M. Bourbonnais (Pierre):** Il y a un élément extrêmement précieux dans le régime, et nous y croyons fermement, c'est que les plaintes des usagers devraient être traitées le plus près du service. Nous croyons ça, c'est un premier élément de foi que nous avons dans le régime. Ceci étant, et j'aimerais revenir sur la question des avis, ce qu'il manque, c'est un petit peu... Vous faisiez état de l'état de la loi actuellement, que les avis finalement, on pouvait les transmettre à la ministre. C'est exact. Ce qui ne peut pas se faire actuellement, c'est que la Commissaire aux plaintes intervienne de son propre fait et formule directement aux instances concernées, sur certaines problématiques qui peuvent être systémiques, des mesures correctives, des avis et

éventuellement transmette ces avis-là à la ministre et les rende publics.

Bien sûr qu'il y a une étape obligée de passer par la ministre, mais il n'empêche que ce que nous demandons, c'est l'arme de l'information publique d'une situation, et je pense qu'on fait état de 30 jours, là, pour rendre public un avis qui serait transmis à une instance du réseau. C'est donc actuellement la situation, et nous n'avons de pouvoir, pour parler de pouvoir, que de s'adresser au ministre. Ce que nous demandons — c'est un petit peu le pendant du Protecteur du citoyen à cet égard-là — c'est d'intervenir, via l'avis, auprès des instances problématiques et d'avoir l'arme de l'information publique avec une certaine modalité, bien sûr, pour saisir les citoyens du Québec d'une situation.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Je vais ajouter un autre élément, M. Fournier. Qu'est-ce qui est important? Pour nous, ce qui est important, c'est que les usagers puissent faire valoir ce qui ne va pas là où ils sont, parce qu'il ne faut jamais oublier que, contrairement au Protecteur du citoyen, dans le domaine de la santé et des services sociaux, c'est une relation de confiance qui souvent est brisée et pour laquelle un processus de plainte doit... sur laquelle on doit travailler. S'il n'y avait pas cette relation de confiance là... Parce que la personne qui dépose une plainte parce que l'infirmière ne lui a pas donné le bon médicament, ou elle dépose une plainte parce que le préposé ne l'a pas respectée dans sa dignité, si elle est en CHSLD ou si elle est à l'hôpital, elle va être obligée de revivre avec ce monde-là.

Notre objectif, nous autres, ce n'est pas qu'en haut, on ait un nombre important de plaintes. Notre objectif, c'est deux choses: c'est de forcer l'établissement à rendre des comptes sur la qualité de ses services en bas et à utiliser les messages des plaintes pour changer les choses en bas, et que la personne qu'on appellera le commissaire local ait l'obligation d'avoir un accueil ouvert et respectueux des personnes pour travailler à refaire la relation de confiance, parce que, sinon, là, on aura un régime qui n'ira nulle part. Quand même vous auriez le plus beau commissaire aux plaintes, qui recevrait 360 000 plaintes par année, si on rend les personnes en vulnérabilité en bas, on va avoir des problèmes.

Deuxième élément. Ce régime-là repose sur une philosophie d'amélioration de la qualité. Ce n'est pas une philosophie de coercition, ce n'est pas non plus une philosophie de sortir sur la place publique puis de semoncer tout le monde. L'idéal, là, avec les dernières recommandations qu'on fait, c'est que les établissements soient tellement responsables et respectueux des usagers que ce que nous recevrons en deuxième recours, ce seront les problèmes d'ordre général ou d'ordre systémique pour lesquels, là, il y aura une intervention publique assez fracassante, s'il le faut, pour que les choses changent, mais en lien avec une plainte ou des plaintes sur un même sujet ou dans une même région pour lesquelles il faut que ça arrête.

Moi, je ne veux pas entrer dans une façon de compétition entre ce qu'est l'un, ce qu'est l'autre. Je dis,

pour l'avoir vu, analysé depuis trois ans, c'est un bon régime, c'est une bonne philosophie. Elle avait des trous, il faut les corriger. Mais, en même temps, il faut que l'usager, lui, sache qu'il y a un recours à la fin, si vraiment ça a échoué en bas.

Et l'autre élément — je termine là-dessus — c'est: Toute fonction doit être connue. Et, si j'interroge le point de vue des usagers qui viennent chez nous lorsqu'il y a des traitements de plaintes, mais aussi au local, il y a une satisfaction du travail qui est fait, souvent au local. Il y a du monde, vous avez raison, qui n'y vont pas parce qu'ils se découragent; il y a des gens qui ont peur des représailles, je le sais, on a entamé une recherche sur cette question-là. Il y a quand même 98 % des 17 000 qui sont déposées par année, des gens qui... Bon, mettons que le 98 peut-être être pris avec des pinettes, mais il y en aura sûrement neuf sur 10. Et c'est cette philosophie-là que je voulais partager avec vous autres, puis c'est cette singularité-là de régime qui est importante. Puis il y a des manques, et c'est pour ça qu'on recommande le dernier avis.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Vous me le direz quand vous considérerez qu'il faut que j'interrompe mes questions. Je vous ai compris. Lorsque vous vous prononcez sur la philosophie de ne pas vouloir semoncer, je pense que vous dites beaucoup quand vous dites ça. C'est certainement un des éléments où on peut trouver, dans l'approche du Protecteur du citoyen, certains peuvent trouver, dans l'approche du Protecteur du citoyen, une opposition virile à une décision gouvernementale...

**Mme Côté (Rosette):** Une approche douce. Ha, ha, ha!

● (10 h 50) ●

**M. Fournier:** Vigoureuse, disons. Et, à cet égard, la nomination est très importante, hein, justement à cause de ça. Je reviens toujours sur la question d'indépendance qui n'est pas loin de cet aspect. Prenons l'exemple où vous dites: Les gens se plaignent, une infirmière, bon, n'a pas donné le bon médicament ou... C'est ça, là. On en faisait état hier, du rapport de la commission Clair qui parle de la démobilisation, de la surcharge de travail, de l'ensemble des acteurs dans les centres hospitaliers — prenons cet exemple-là — qui n'ont plus de temps à consacrer aux patients, à telle enseigne que ça devient dangereux. Vous risquez d'hériter d'une plainte sur un geste ponctuel mais qui, dans le fond, découle d'un ensemble de facteurs dans ce cas-là qui peut trouver son origine dans les mises à la retraite que le gouvernement a décidé de faire sans aucune étude préalable. Il y a des mises à la retraite d'infirmières, de médecins en nombre incalculable, au-delà de ce qui avait pu être prévu sans qu'il y ait eu d'étude de faite sur est-ce que ça sert notre mission, aucune.

Alors, admettons que vous avez les pouvoirs d'investigation suite à une plainte, là, vous dites: On a eu deux, trois plaintes comme ça, sais-tu, ça se peut qu'il y ait un rapport avec le fait qu'il y a moins de monde puis que des séances de travail plus grandes, puis là

vous allez faire votre... Si on vous donne les pouvoirs et que vous êtes demandé, vous allez pouvoir chercher ça.

Je prends un autre exemple. Je regardais dans *L'actualité médicale* de l'automne, il y avait un anesthésiste, ici, de Québec, qui sortait, qui dit: On est rendu des médecins spécialistes, des spécialistes de l'annulation de chirurgies. Il doit bien y avoir deux, trois personnes qui ont dû s'en plaindre, là, à quelque part. Il y a toute une étude à faire sur comment ça se fait qu'il y a des annulations. Bon, lui, il disait: C'est un manque d'infirmières.

Il faut donc qu'il y ait un organisme qui aura non seulement l'indépendance mais qui a toutes les marges de manoeuvre même présumées par la population pour pouvoir investiguer là-dessus pour qu'on ait confiance dans le résultat final. Pas que dans les faits — puis, encore une fois, je fais bien attention de le dire — ce que je suis en train de dire soit une accusation par rapport au travail que vous faites, mais il est important que la population puisse se dire: Il y a là une organisation qui a pour spécialité de regarder les effets des décisions gouvernementales et parfois, s'il y a lieu, allumer une lumière rouge. Le phare dont vous parliez tantôt, il faut qu'il s'allume.

Alors, à cet égard-là, est-ce que vous ne pensez pas... Puis je vais arrêter la question de nomination là-dessus, mais est-ce que vous ne pensez pas... Je me mets dans vos souliers, j'ai une plainte, 10 plaintes parce que les gens ont eu des traitements qui n'étaient pas corrects, à cause d'une surcharge de travail. Tout de suite l'étude complète, comprends-tu, je veux savoir qu'est-ce qu'il se passe, comment ça se fait qu'ils sont là. Les ratios vont le montrer, parlez aux infirmières, elles vont vous le dire, tout le monde est au courant du problème. Est-ce que vous allez faire un rapport sur la place publique pour dénoncer le fait que le ministère qui vous a nommée a créé de toutes pièces cette situation-là? Moi, je vous le dis, là, je ne sais pas quelle sorte de rapport vous allez sortir. C'est ça, la perception.

Ça, vous ne l'avez pas fait encore, ça fait que ce n'est pas une accusation de votre travail. Je regarde l'avenir. À cet égard-là, il y a quelque chose de vrai dans un processus de nomination qui assure la perception que vous allez donner l'heure juste.

**Mme Côté (Rosette):** Je fais l'hypothèse qu'un mandat d'initiative qui repose sur les examens des plaintes amènerait n'importe quelle personne à cette fonction-là. Si on était capable de faire un rapport de cause à effet entre la surcharge de travail — pour reprendre votre exemple — et la qualité des services qui est diminuée, en son âme et conscience, n'importe quelle personne à cette fonction-là devrait faire un rapport et dire: Il y a des politiques qui sont établies et elles ont nui à la qualité des services.

Je vais vous donner un exemple qui est à peu près l'équivalent. Actuellement — puis ce n'est pas une question d'argent, mais ça va vous donner... — nous avons des plaintes liées à la contention. Il y a une loi qui s'appelle la Loi sur la protection du malade mental où les établissements doivent déterminer des règles pour mettre quelqu'un en contention. Il faut que les règles soient connues, il faut qu'elles soient strictes puis qu'elles soient conformes à la loi. On a un ensemble de

plaintes où on se rend compte que ces normes-là et ces règles-là ne sont pas respectées. Et on n'a pas eu de problème à faire des recommandations pour dire: Les protocoles et les normes ne sont pas respectés, vous contrevenez à la loi, parce que la loi dit ça, ça, ça. Et on a fait des recommandations dans ce sens-là. Et on a eu des réceptions des établissements qui nous ont dit: Vous avez raison. On a demandé qu'il y ait de la formation de faite au personnel, on a demandé qu'il y ait des changements de protocole. Et les recommandations qu'on fait, les gens les prennent et les reçoivent, mais on les fait à l'établissement.

Mais, si on en arrivait, avec un pouvoir d'initiative, à être obligé de dire qu'il y a des choses qui ne fonctionnent pas pour telle, telle chose, on le ferait. On le fait actuellement. On prépare un avis actuellement pour montrer que les politiques appliquées dans les régions pour le déplacement pour les gens qui viennent recevoir des services dans les régions, il y a une certaine réalité financière. On va le dire dans notre avis, on va dire qu'il y a un problème entre les régions, les services donnés aux régions, le budget et le financement. On va le dire.

Moi, je dis que lorsque les plaintes, nombreuses ou pas nombreuses, démontrent que la qualité n'est pas donnée et que les causes, c'est ça, ça, ça, il faut le dire. Cependant, on le fait sous l'angle de la qualité, de l'angle des usagers et de l'angle de l'amélioration des services. Mais, moi, je crois... je regarde les lettres qu'on a envoyées à la ministre, je regarde les courts avis qu'on est en voie de préparer, je regarde l'avis qu'on a présenté pour les services ambulanciers au comité Dicaire, l'avis qu'on a présenté au comité Arpin au sujet de la privatisation, où on a expliqué en quoi l'augmentation de frais avait des impacts directs, l'avis qu'on a présenté sur les frais d'ambulance, où l'argent est présent, on l'a fait.

On dit: Nous avons un certain nombre de plaintes qui nous montrent une réalité x, y, et il y a telle cause. Puis, si c'est une question de financement, on le dit. Cependant, l'angle d'attaque que nous avons, ce n'est pas ce que nous croyons qu'il serait bon dans la vie, c'est: Est-ce que les politiques ou les normes ou l'organisation du service ne sont pas de qualité et que ça nuit aux usagers, quelles sont les causes et pourquoi?

C'est bien certain que, comme on a conçu la fonction et comme, moi, je l'ai vue et comme je pense qu'elle devrait être exercée, il faut vraiment garder la loupe de l'usager, la loupe de la qualité des services adéquats. Et la loi est très explicite: Sont-ils adéquats? Les droits sont-ils respectés? Les standards sont-ils respectés? Et, à partir de ça, faire un examen. C'est comme ça que c'est vu.

Maintenant, au sujet de la nomination, je vous le dis, le Curateur public fait un travail d'enquête et de protection de ses pupilles, et il est nommé par le gouvernement. Et, lorsque son rapport est sorti ou qu'il fait un avis ou lorsqu'il fait une enquête sur la contention, il est écouté, il est reçu au même titre que le Protecteur du citoyen. Tout est dans le pouvoir que la loi te donne. Et ce pouvoir d'initiative là et d'avis sur une question systémique, il n'est pas dans la loi.

**M. Bourbonnais (Pierre):** Il est plus près de la personne qui l'exerce.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, dernière question, M. le député de Châteauguay, parce que... Est-ce que vous avez quelque chose... Vous avez un complément de réponse, maître...

**M. Bourbonnais (Pierre):** Non, simplement, je veux... C'est très tributaire de la personnalité de la personne qui exerce la fonction du Commissaire aux plaintes ou du Protecteur du citoyen.

**M. Fournier:** Pouvez-vous continuer sur ce que... Qu'est-ce que vous voulez dire? Étendez-vous sur ce que vous dites.

**M. Bourbonnais (Pierre):** Ce que je veux dire, c'est que c'est certain que la personne qui exerce la fonction de Commissaire aux plaintes — vous voyez Mme Côté, ce qu'elle avance ici — la question de l'indépendance, j'essaie de voir les façons qu'on pourrait intervenir dans ses décisions. Même si elles mettent en cause des aspects politiques, Mme Côté, dans le cadre de l'exercice de son mandat de Commissaire aux plaintes dédié aux usagers, n'aura pas de concession à faire d'aucune sorte. Et c'est dans ce sens-là que je dis que c'est bien tributaire de la personne qui exerce la fonction.

**Mme Côté (Rosette):** Pour n'importe quelle fonction d'ailleurs, probablement.

**M. Fournier:** Oui. Bien, je sais qu'il y a des réservations, je vais laisser...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** On reviendra, M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Je ne serai pas long, chers collègues. Juste pour reprendre, parce que j'aurai donc question sur d'autres sujets, mais... Et voilà, vous faites le point que je n'ai pas fait. Si tout ceci... Parce que, encore une fois, tout ce que j'ai dit tantôt n'est pas une accusation en quelque sorte de quelque personne que ce soit, je suis au niveau théorique et surtout au niveau de la perception de l'usager. Si l'usager doit se dire: Tout dépend de la personne qui occupe la fonction, nous avons un problème. Donc, il faut être capable de définir l'ensemble pour assurer que la personne qui occupe la fonction ne fasse pas la différence, pour que la fonction assure l'indépendance. Et je pense qu'il y a là un élément sur lequel...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Je laisse répondre...

**M. Fournier:** ...on pourrait discuter encore longuement. Mais je sais mes collègues aspirent à poser des questions.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Un instant, s'il vous plaît! Je laisse répondre Me Bourbonnais et par la suite... Mme Côté, oui.

**Mme Côté (Rosette):** Oui, bien, je veux rajouter juste un élément. Monsieur, indépendamment de la

personne, les personnes font toujours la différence. On s'entend? Les personnes font toujours la différence, qu'on le veuille ou non. Mais c'est important ce que vous dites, en ce sens qu'il faut qu'il y ait des cadres. Nous, on a choisi, dans notre avis, que le cadre soit dans la loi. Si vous prenez les deux derniers avis qu'on a faits, vous allez vous rendre compte que, dans le fond, ce qui va encadrer la fonction de Commissaire aux plaintes, qui que ce soit, ça va être la loi qui va l'encadrer. La loi va lui dire: Vous pouvez faire ci, vous pouvez faire ça, vous ne pouvez pas faire ça. Quand vous faites ça, il faut que ça fasse un lien avec cela.

● (11 heures) ●

Alors, il y a deux façons de choisir, je dirais, un encadrement d'une fonction. Il peut y avoir un texte de loi assez vague et puis des pouvoirs qui sont très, très, très flous mais une fonction qui peut être aussi à l'Assemblée nationale ou du gouvernement, puis il peut y avoir une fonction très décrite. On a fait le choix d'une fonction très décrite. Ça veut donc dire que... Actuellement, c'est un peu ça, la fonction de commissaire, là; c'est que tu bouges selon la loi, et tu ne bouges pas parce que la loi ne le dit pas. C'est un peu la même chose.

Et là on est arrivé avec deux recommandations, deux avis où les fonctions sont explicites. La philosophie est là, le mandat est là, les lignes directrices sont mises en évidence, les pouvoirs sont là, la façon dont les avis vont être rendus, comment vont travailler les gens en bas, les rapports entre en bas et au dernier palier.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Côté. Je cède maintenant la parole à la députée de Mille-Iles.

#### Plaintes relatives à des actes médicaux

**Mme Leduc:** Je vous remercie, Mme la Présidente. Ça me fait plaisir de saluer Mme la Commissaire aux plaintes et les gens qui l'accompagnent. Avant de venir à la question qui m'intéressait, je voudrais quand même revenir un peu sur la question qui a été longuement débattue par mon collègue de Châteauguay, qui est l'impartialité, compte tenu du mode de nomination, même si je considère que la Commissaire aux plaintes vient justement d'expliquer quel est le cadre qui fait que les gens sont impartiaux. C'est le cadre dans lequel ils doivent travailler, c'est de cette façon-là.

Je pense qu'on a eu des exemples de gens qui ont été nommés soit par un gouvernement ou par l'autre ou qui ont été nommés par l'Assemblée nationale dans un autre processus, ce qui n'a pas empêché certains dérapages, quel que soit le processus de nomination. Et j'apprécie que le député de Châteauguay se pose des questions sur l'impartialité actuellement. Mais l'ancien Commissaire aux plaintes avait été nommé par son gouvernement, et les questions ne se sont pas posées à ce moment-là. Alors, je pense qu'il considérerait qu'on pouvait avoir une nomination, qu'elle soit faite par un gouvernement ou par un autre, et que la personne pouvait être complètement impartiale. Ce n'était pas le mode de nomination qui mettait en cause l'impartialité.

Alors, je pense qu'on peut conclure que le Commissaire aux plaintes qui vous précédait était impartial et que vous-même, madame, le serez, même si vous avez été du même mode de nomination, qui n'était pas le même que le Protecteur du citoyen parce que ce n'est pas tout à fait la même fonction.

Je pense que Mme la Commissaire aux plaintes a bien explicité qu'elle était là pour améliorer le système aux usagers directement et, dans le fond, voir à ce que les abus ou les plaintes que les gens avaient, ça ne se reproduise pas. Et c'est ça, l'angle d'attaque de sa fonction. Alors, je pense que, là-dessus, on comprend bien que l'impartialité est maintenue, et on n'a pas à se poser de question là-dessus.

Moi, ce que je voudrais... Ça a un rapport un peu à l'impartialité, c'est que vous avez parlé d'amélioration du système, du dépôt de plaintes par les patients, sauf qu'il y a un large pan qui vous échappe, ce sont les plaintes pour les actes médicaux. On sait que c'est ces plaintes-là qui reçoivent le plus d'attention du public, des médias et qui souvent, peut-être, ont aussi des effets, même si on n'a pas à juger du dramatique ou de l'importance des abus ou que les gens se sentent lésés.

Mais les plaintes concernant les actes médicaux, vous en parlez un peu, vous faites une recommandation qui dit que, pour les plaintes qui ne sont pas d'ordre disciplinaire, il y aura un médecin qui va être nommé pour accompagner la personne responsable des plaintes. Mais, dans le fond, est-ce que ce n'est pas très limitatif, à ce moment-là? Pour tout ce qui peut avoir un rapport avec une discipline, c'est le même système qui prévaut sauf qu'ils doivent, à tous les 60 jours, informer le plaignant que, oui, il se passe quelque chose dans son dossier ou, non, il ne s'en passe pas? Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen d'améliorer cette partie-là avec possiblement... Vous êtes en demande pour des changements à la législation pour d'autres domaines de vos responsabilités. Est-ce qu'il y aurait des possibilités d'améliorer cette partie-là des plaintes, compte tenu que souvent ce sont celles dont on entend le plus parler et peut-être qui ont des effets peut-être un peu plus dramatiques — sans porter de jugement de valeur sur l'ensemble des autres plaintes qui vous sont acheminées?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** C'est sûr que vous mettez le doigt sur quelque chose que j'ai vu dès que je suis arrivée puis qui est un sujet, là, assez délicat. Ce qu'il faut remarquer, c'est que ce régime-là, c'est un régime avec une logique administrative. Ce n'est pas une logique disciplinaire. Et, dans le traitement des plaintes actuellement, ils passent tous par la logique disciplinaire.

Ce qui a été intéressant, c'est qu'à la suite de ma tournée j'ai mis un comité sur pied, et ce comité-là, avec l'accord de l'Association des CMDP et du Collège des médecins, on a convenu d'un recours administratif pour les plaintes qui ne sont pas d'ordre disciplinaire. Puis ce recours-là, il est très formel, là, il respecte... c'est un médecin examinateur, il a 60 jours pour faire le travail,

il va avoir des conditions motivées, il doit demander le point de vue de l'usager. Bon.

Pour la logique disciplinaire, on a amélioré un peu — et on n'est pas allé très loin, vous avez raison, je pense que vous avez mis le doigt sur quelque chose qui manque, où on ne va pas très loin — c'est qu'on a dit: Il faut que le CMDP continue à jouer son rôle, mais, ce qu'on a plutôt mis en évidence, c'est la nécessité de faire un tri entre les plaintes médicales qui sont d'ordre administratif et les plaintes qui, à la première analyse, pourraient amener quelqu'un à être amené en discipline.

Mais c'est un grand pas, là, ce que je dis là. Il faut que vous sachiez que ce qu'on a réussi comme entente avec les médecins, l'Association des CMDP puis le Collège des médecins, c'est un grand pas, parce que, quand j'ai fait le tour du Québec, je me suis rendue compte que, de la façon dont on traitait les plaintes médicales, qu'elles soient administratives ou disciplinaires, la comptabilisation des plaintes médicales, l'insatisfaction des usagers était grande comme le monde. Et c'est à la suite de ça que je me suis dit: Il faut absolument qu'on ait un mécanisme qui distingue tout ce qui est que le médecin n'est pas mis en cause mais il est concerné et tout ce qui peut amener une poursuite judiciaire. Et là, lorsque le CMDP l'analyse, s'il y a vraiment erreur médicale, bon, normalement, le CMDP devrait recommander des choses, et il l'a fait aussi.

Vous dites qu'on n'est peut-être pas allé assez loin. Ce qui avait été regardé par mon prédécesseur, M. Francoeur, c'était qu'il y ait comme une plainte au CMDP, laquelle plainte est analysée, et il y aurait comme un droit de recours au deuxième palier, qui serait au bureau de la Commissaire. Mais c'est très difficile de faire évoluer toute la flexion des médecins au sujet d'une personne externe autre qu'un médecin qui viendrait analyser les plaintes médicales.

Deuxième élément, c'est que ça demande une expertise énorme de pouvoir traiter les plaintes en discipline des médecins. Et un bureau comme le bureau que je dirige, ça demanderait de doubler et de tripler le personnel pour faire les analyses des plaintes médicales, parce que ça demande des expertises, aller prouver qu'un médecin a vraiment... qu'il y a un rapport de cause à effet entre tel et tel actes. Alors, on a plutôt voulu civiliser, entre guillemets, et rendre plus transparent le processus disciplinaire, et forcer l'établissement à faire un tri entre toutes les plaintes qui concernent un médecin mais pour lesquelles il n'est pas mis en cause, et vraiment séparer. Parce qu'actuellement la loi, comme elle est faite, toutes les fois qu'une plainte dit «acte médical», ça dit tout, autant la plainte de la personne qui dit: Le médecin m'a manqué de respect, il a été bête avec moi ce matin — parce qu'il y en a — que la plainte où la personne dit: Je suis sûre qu'il a fait le mauvais diagnostic, je suis sûre qu'il a fait la mauvaise chirurgie. Tout ça, là.

Alors, dès qu'une plainte arrivait et concernait l'acte médical, qui était tout, ça s'en allait directement au CMDP. Alors, on s'est dit: Il y a des plaintes qui n'ont pas d'affaire à être traitées par une logique et un comité de discipline. Mais on a un grand pas de fait. Il y aura probablement d'autres pas à faire, mais, moi, j'en ai fait un, là, qui était une entente conclue sur la réalité des plaintes médicales. Oui, Pierre.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le ministre.

**M. Bourbonnais (Pierre):** Si vous permettez.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Bourbonnais.

**M. Bourbonnais (Pierre):** Dans nos échanges avec les représentants des corps médicaux, ils évaluaient à environ 80 % — c'est un pourcentage, là, ça donne une idée de grandeur — le type de plaintes qui pouvaient être traitées de façon... ce qu'on qualifie d'administratif plutôt que disciplinaire. Dans le contexte actuel, compte tenu des articles 38, 39, compte tenu de l'application qui en est faite dans les établissements, ce type de plaintes là sont communiquées au CMDP, et malheureusement ce qu'on constate, c'est qu'il n'y a aucun suivi ou très peu de suivi auprès des usagers. C'est très lourd, c'est une approche disciplinaire, c'est une approche qui affecte des droits, et ça, ce n'est pas la caractéristique du recours que l'on qualifie d'administratif.

● (11 h 10) ●

Encore une fois, le recours que nous valorisons, c'est un recours qui vise à recommander, à en appeler à la responsabilité des professionnels et qui ne commande pas une mesure qui va affecter des droits, des mesures coercitives, ce qui est le propre du disciplinaire. Et nous avons proposé... nous en sommes venus à une entente ou à un accord de texte qui conviendrait et qui mettrait en place effectivement pour cette grande majorité — c'est quand même quelque chose qui n'est pas à négliger — de plaintes qui touchent des médecins, de les traiter comme tous les autres types de plaintes, de façon administrative, et là non pas avec un responsable des plaintes ou un commissaire local à la qualité des services, mais avec un médecin examinateur qui aurait la même fonction que le responsable des plaintes, avec conclusion dans les 60 jours.

Et déjà on se dit: Si, au moins, on répond à 80 % — encore une fois, ordre de grandeur — des plaintes qui sont formulées qui concernent les médecins, on aura fait un premier pas. L'aspect disciplinaire, je dirais, ce n'est pas notre compétence trop, trop. On est plus est-ce que ça nous regarde, peut-être, je ne sais pas. Mais, encore une fois, ce n'est plus l'esprit du recours. Notre recours est un recours qui vise à recommander les correctifs et à faire appel au sens des responsabilités des professionnels.

Et, par ajustement mutuel, il semble que ça donne de bons résultats. Dans les situations où ça ne donne pas de bons résultats, dans les situations où il y a des actions à prendre et d'ordre, je dirais, plus d'examen disciplinaire, d'évaluation véritablement de la qualité de l'acte... Et là on n'a pas prévu un processus qui s'adressait au CMDP pour qu'il exerce ses fonctions, conformément à la loi.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme la députée de Mille-Îles.

**Mme Leduc:** Je comprends que, à ce moment-là, vous avez quand même amélioré, pour 80 % des plaintes, le processus. Je veux juste clarifier: Le médecin qui va

être nommé, il va travailler seul, il ne travaille pas avec le commissaire local, là. Pour les plaintes d'ordre médical, il travaille seul, il n'est pas en... Moi, j'avais pensé qu'il était en collaboration avec le commissaire local pour toutes les autres plaintes, mais c'est vraiment un commissaire spécial, si vous voulez, pour ces plaintes-là. C'est-u ça que je comprends?

**Mme Côté (Rosette):** C'est-à-dire qu'on ne prévoit pas, dans la loi, qu'ils sont obligés de travailler ensemble. Mais, si j'observe ce que j'ai vu dans ma tournée, il y a à peu près 50 % à 70 % actuellement des personnes responsables de plaintes dans l'établissement que, lorsqu'un médecin est concerné et, même, lorsqu'il y a une plainte qui arrive en discipline, ils travaillent ensemble.

On n'a pas nommé dit qu'il fallait absolument qu'ils travaillent ensemble, parce que c'était difficile de réussir à trouver un consensus, parce qu'il faut savoir que le produit d'une entente, c'est aussi le produit d'un consensus. C'était difficile, mais la culture actuellement du milieu, c'est une culture de travail ensemble. Et il y a beaucoup de personnes responsables de plaintes qui ont des rapports très étroits avec les DSP, parce que c'est généralement les DSP qui traitent les plaintes médicales dans les établissements comme les CH, je dirais.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme la députée de Mille-Îles.

**Mme Leduc:** Moi, j'avais, si vous permettez, Mme la Présidente, un questionnaire, dans le fond, sur votre fonctionnement actuel, mais je pense que ce que vous proposez comme amendement va l'améliorer, parce que vous aviez un pouvoir de recommandation, et vous nous dites que 95 % soit des régies ou des établissements vous disaient qu'ils étaient pour se conformer ou... Mais mon questionnaire, c'est que je ne voyais pas de suivi. À ce moment-là, on peut vous dire qu'on va se conformer, mais comment on sait si ça fonctionne? Je pense que, dans les recommandations que vous avez faites, pour vous donner plus de droits, si je ne m'abuse, c'est une chose que vous avez améliorée ou...

**Mme Côté (Rosette):** C'est-à-dire que, dans un contexte où on demande un rôle de surveillance du recours et de surveillance de la qualité des services, vu sous l'angle des plaintes qui sont venues et de la récurrence qu'on constate, on s'est donné un mécanisme de suivi. Et je vous dirais que plus ça va, plus les explications que donnent les établissements et les régies régionales sur la mise en oeuvre des recommandations sont très explicites. Et souvent on va dire dans la lettre: Lorsque vous aurez changé la politique ou lorsque vous aurez fait la formation aux intervenants X ou lorsque... envoyez-nous-en une preuve. Alors, on a comme déterminé une procédure qui, en même temps qu'elle demande le suivi aux recommandations, nous demande certains éléments qui montrent que ça a été mis en oeuvre.

Cependant, dans le rôle de surveillance, je crois qu'il va falloir aller plus loin, c'est-à-dire d'établir un

tableau de bord du suivi systématique pour être sûr que des plaintes qui avaient été réglées une année ne reviennent pas deux, trois ans plus tard parce qu'il y a eu comme du relâchement dans telle, telle façon de faire.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme la députée de Mille-Îles.

**Mme Leduc:** Et — juste une information — si je comprends bien, quand vous proposez un ombudsman de la santé, à ce moment-là, c'est le Commissaire ou la Commissaire aux plaintes qui deviendrait ombudsman?

**Mme Côté (Rosette):** C'est la même fonction, dans le fond.

**Mme Leduc:** Même fonction.

**Mme Côté (Rosette):** C'est la même fonction, mais (upgradée), comme ils disent, en anglais, la même fonction avec des pouvoirs apparentés à un pouvoir d'ombudsman, c'est-à-dire de surveillance, de pouvoir d'initiative, mais en mettant toujours une spécificité qui est différente des autres, c'est que le premier pouvoir est celui de l'enquête. Et c'est lorsque l'enquête ne peut pas avoir lieu parce qu'il y a peur des représailles ou parce que... qu'intervient le pouvoir d'initiative. Le pouvoir de surveillance, il est global. Le pouvoir de recommandation est continu mais il va plus loin.

**Mme Leduc:** O.K. Je vous remercie.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Merci, Mme la députée de Mille-Îles. Mme la députée de Vanier.

#### Mécanisme de présentation et de suivi d'une plainte

**Mme Barbeau:** Ah! merci. Écoutez, moi — bonjour, d'abord — je trouve ça très intéressant parce que, effectivement, on connaît peu le rôle que vous jouez, en tout cas, plus dans le détail, et tout ça.

Moi, la question que je voudrais vous poser, c'est par rapport à l'utilisateur. Souvent, on voit dans des organismes publics, tout ça, quand il faut porter plainte, c'est assez complexe. Moi, je dis souvent: Il faut faire une thèse de doctorat, là. J'exagère un peu, mais c'est-à-dire que c'est compliqué pour certaines personnes en particulier — comme écrire une lettre. On sait que, dans certains milieux, les gens... Moi, j'en ai dans mon comté, des gens qui n'écrivent presque pas ou qui sont presque analphabètes. Alors, je voudrais savoir comment ça se passe présentement puis comment vous souhaitez que ça se passe si ce n'est pas à votre goût. Parce que j'ai vu que vous aviez plein de recommandations, je n'ai pas trouvé ça textuel dedans. De quelle façon ils portent plainte, et si on peut améliorer ça?

L'autre question qui s'enchaîne suite à ça, c'est le suivi. Quand quelqu'un porte une plainte, le langage que, vous, vous utilisez dans vos réponses, est-ce que c'est... Parce qu'on sait que le langage médical, des fois, ce n'est pas évident à comprendre. Est-ce que vous

faites un effort pour vulgariser auprès de ces personnes-là? Est-ce qu'il y a aussi des moyens plus directs quand vous pouvez percevoir que la personne a une difficulté de lecture, par exemple — des fois on le sait en parlant avec la personne — comme lui parler au téléphone? Je sais qu'à la Régie des rentes ils le font, des fois. Ils parlent par téléphone puis, après ça, ils confirment par écrit.

Je vous pose la question parce que, ça, c'est important pour les personnes, parce que souvent ils sont découragés parce qu'ils trouvent ça trop gros. Ils ne sentent pas, dans les réponses, dans les mots qu'on utilise... ils ne comprennent pas. Puis souvent, nous, ils viennent nous voir puis ils disent: On veut bien porter plainte mais c'est trop compliqué, et tout ça. Je vous pose la question, j'aimerais ça, mieux comprendre comment ça fonctionne chez vous.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Je vais vous dire actuellement comment ça se passe puis qu'est-ce qu'on a mis en place pour que ça change, pour qu'il y ait des choses qui changent. D'abord, je vous disais tout à l'heure que la façon de traiter les plaintes est inégale dans le réseau. Il faut être honnête, il y en a qui travaillent très, très bien sur le traitement d'une plainte, qui accueillent bien les gens, d'autres, c'est mitigé puis d'autres, c'est sujet à une amélioration importante.

La loi, ce qu'elle dit, c'est que la personne qui veut déposer une plainte, elle s'adresse à la personne responsable de plaintes que l'établissement et la régie sont obligés de nommer. Dans la vraie vie, on sait que cette personne-là, il y a des places où son nom est écrit gros comme ça, on fait de la publicité, tout ça, dans d'autres, elle est cachée dans un petit coin dans le garde-robe. Bon. Alors, on a ajouté un élément qui dit qu'il y aura un commissaire local à la qualité qui va faire partie de l'organisation, qui va relever du conseil d'administration, et qui va avoir, donc, un poids beaucoup plus grand. Ça, ça va répondre à un bout où vous dites que l'utilisateur a de la misère souvent, qu'il ne sait pas où s'adresser, et, conséquemment, avoir un commissaire à la qualité va obliger l'établissement à rendre visible et à faire la publicité de cette fonction-là.

Normalement, la loi demande de prêter assistance et d'aider la personne. Les plaintes verbales peuvent être acceptées. Dans une bonne partie des établissements, ils ont des formules types, et puis les gens signent quand elle est écrite. Quand elle est verbale, ils la consignent par écrit pour avoir une preuve. Dans d'autres places, ils ont du chemin à faire aussi. Alors, comme je vous dis, c'est différent.

Par contre, ce que, nous, on a conçu, quand je vous parlais tout à l'heure du module de formation dans tout le Québec, on a conçu un module de formation où on a dit comment transiger avec l'utilisateur, comment l'accueillir, comment le respecter, comment comprendre sa version des faits, comment décortiquer les émotions de la réalité, comment être empathique avec lui, ensuite comment gérer le conflit, comment faire son examen, comment essayer de trouver une alliance de travail avec les personnes. Donc, on a défini des façons de faire en

formation pour tout le Québec, qui sont très importantes, parce que, quand je vous disais qu'on s'est rendu compte qu'il n'y avait pas eu de formation, en même temps on s'est rendu compte que la façon de faire — à 600 personnes qui font le traitement des plaintes dans le Québec, c'est beaucoup — était disparate. Donc, on a fait un module de formation auquel module presque... actuellement, il y a 13 régions sur les 16, comprenant les personnes d'établissements, qui l'ont eue et où là c'est vraiment centré sur l'accueil de l'usager, le respect de l'usager et sa considération. L'examen pourra peut-être amener l'usager à dire: Malheureusement, votre version des faits, elle est contredite, malheureusement les preuves au dossier nous montrent que, bon... Mais, au moins, la personne aura été accueillie dans ce qu'elle a, elle aura été écoutée et elle aura été respectée.

● (11 h 20) ●

Alors, c'est ça. Ça, on a travaillé beaucoup sur toutes des techniques et des habilités de communication pour mettre la personne au coeur de ce qu'elle est puis la respecter dans ce qu'elle est, même si ce qu'elle dit met en cause deux, trois, quatre personnes. Donc, on a travaillé là-dessus pour généraliser ça au Québec puis faire en sorte que les usagers ne soient pas gênés de porter plainte. Bon, il reste du bout de culture à faire là. Je pense que, ça, je peux vous le dire.

Dans le langage, on a déterminé un langage assez explicite, c'est-à-dire que, la façon dont on travaille chez nous, c'est que nos plaintes... D'abord, un langage, un bon langage, un français correct, respectueux des personnes, qui est simple mais qui n'est pas simpliste, où on explique les choses. On dit: Voilà, vous avez dit tel, tel, tel... Vous aviez tel objet de plainte. L'enquête nous a révélé que, ça, c'était à moitié vrai, à moitié faux. Malheureusement, ça, on ne peut pas le convenir parce que les versions sont contradictoires. Parce qu'on travaille sur preuve, nous autres; on va dans le dossier de l'usager, on va dans le dossier de plainte, on interroge le monde. Bon. Et on s'adresse aux personnes.

Puis, je vous dis, ce régime-là, si on est capable d'en prendre soin, il va répondre à sa mission de prendre soin des personnes. Parce que ce n'est pas parce qu'une personne dépose une plainte et qu'elle n'a pas raison qu'on doit la remettre de côté. Ce qui est important, c'est qu'elle puisse s'exprimer, qu'on puisse faire l'enquête et qu'on puisse lui dire: Malheureusement, on n'a pas réussi à trouver... à dire que vous avez raison, mais... Ou bien le contraire: Oui, vous avez raison, il y aura des engagements, et l'établissement fait ça, ça, ça.

Et c'est pour ça que je dis que c'est un régime qui est respectueux des usagers, beaucoup plus que de le proclamer. C'est dans les façons de faire qu'on va changer les choses. C'est dans la manière de faire qu'on va changer les choses. Moi, je crois ça. Moi, je suis une enseignante de formation. Alors, je crois beaucoup à la formation, je crois beaucoup à l'éducation, je crois beaucoup à la responsabilité des gens puis je crois beaucoup à la capacité qu'a le monde de bouger dans la vie.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme la députée de Vanier.

**Mme Barbeau:** Parce que souvent, nous, ce qu'on a dans... Les gens qui viennent nous voir, des fois,

ils ont fait le processus, je ne parle pas juste chez vous mais dans d'autres organismes publics ou dans les ministères, puis, apparemment, on a tout fait ce qu'il fallait faire, mais ils n'ont pas compris pourquoi ça ne fonctionne pas. Ça fait que souvent, nous, on va revalider tout ça, voir c'est quoi, l'état de la situation, puis on leur explique. Puis, des fois, ils disent: Bon, j'ai compris. Ça fait que, moi, je tenais à le dire parce que je trouve ça important qu'on porte attention, partout, je le fais avec d'autres organismes aussi, au respect des personnes, comme vous venez le dire, mais en leur expliquant bien c'est quoi, les raisons qui motivent un refus, surtout un refus, parce que, quand ça va bien, ils ne viennent pas chez nous d'habitude. Mais, surtout les refus, il faut qu'ils comprennent bien.

Parce que les gens, quand on leur explique bien, avec des raisons intelligentes, même si des fois ils ne sont pas contents du résultat, ils vont au moins... ils se sentent respectés là-dedans. En tout cas, je trouve ça important. Je suis contente de votre réponse parce que c'est ma philosophie aussi.

**Mme Côté (Rosette):** Je voudrais ajouter un élément. On s'est donné aussi — puis on inculque ce même cadre de travail avec le monde — des règles d'éthique et des règles de déontologie ou de fonctionnement qui amènent les responsables à, automatiquement, comme le prévoit la loi, recueillir la version des personnes puis, automatiquement, à leur expliquer qu'est-ce qu'a donné l'examen qu'ils ont fait, en l'écrivant correctement. Nous, chez nous, à notre bureau, on se déplace vers les usagers ou on le fait au téléphone, et c'est systématique et obligatoire. Mais ça, ça pourrait bien être fait puis ce n'est pas respectueux.

Quand je vous dis qu'on a du chemin à faire dans ce régime-là puis que j'ai constaté qu'il était inégal, bien, c'est dans les façons de faire et dans le respect de la loi aussi, qui n'est pas toujours... les garanties ne sont pas toujours respectées. Mais c'est aussi... Quand on dit: Placer l'usager au coeur d'un régime, ça veut dire ça. Ça ne veut pas juste dire: C'est écrit dans la loi, l'article 2, 3, 4, puis la Commissaire est là puis elle va surveiller. C'est comment travailler sur le terrain.

Parce que, comme je vous le dis, n'oubliez jamais, puis je pense que vous le savez, que la relation de confiance qu'il y a entre l'intervenant ou l'établissement, l'intervenant ou une personne ou un clinicien, c'est majeur dans sa démarche, autant pour porter plainte que pour les services.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Côté. Mme la députée de Vanier, vous avez d'autres questions?

**Mme Barbeau:** Pas pour le moment.

**Suivi des recommandations  
présentées au ministre par le Commissaire  
aux plaintes en décembre 2000**

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Avant de céder la parole au député de Jacques-Cartier, j'aurais une intervention moi aussi. J'aurais des questions.

Mme Côté, vous avez, dans l'avis actualisé sur l'amélioration du régime actuel que vous avez présenté à la ministre en décembre l'année dernière, en décembre 2000 — c'était quand même assez récent — à ce moment-là, vous formulez le voeu bien sûr... vous demandez certaines améliorations à la loi. Et j'ai compris tout à l'heure, dans le discours de la nomination, que la question de la transparence, la question de l'indépendance était aussi reliée aux recommandations que vous faites dans ce rapport pour la modification à la loi, dans le sens que, si vos pouvoirs sont bien encadrés dans une loi, il sera beaucoup plus facile à ce moment-là de démontrer à la population qu'il y a une certaine... c'est-à-dire une interdépendance, c'est-à-dire tout simplement que ce soit tout simplement assez clair et que la nomination... Parce que, comme vous le mentionnez, il y a deux façons de la faire, soit par l'Assemblée nationale, ou encore il faut que la loi, c'est-à-dire les articles soient bien balisés pour être capable de vous donner des pouvoirs pour faire votre travail.

Est-ce que je pourrais savoir... Compte tenu que ce document a été déposé à la ministre en décembre, est-ce que vous avez eu certaines réactions de la ministre? Est-ce que qu'il y a une certaine volonté, est-ce qu'il y a une volonté de vouloir déposer le plus rapidement possible à l'Assemblée nationale une modification à la loi ou si, par exemple, dans l'état actuel des choses, vous n'avez pas eu de réaction à vos recommandations? Dans ce sens-là, j'aimerais avoir vos commentaires.

Mme Côté (Rosette): D'abord, je vais faire un petit peu d'historique. Quand on a déposé le premier avis — puis tant mieux qu'il n'y ait pas eu d'amendements à la loi en février dernier — Mme la ministre s'était engagée à proposer des amendements à la loi au printemps. Bon. Elle ne l'a pas fait. Rendu à l'automne, bien là j'étais à la commission Clair, donc c'est bien sûr que je ne pouvais pas faire les deux choses en même temps. Quand on a déposé l'avis au mois de décembre, en janvier, avant tout ce qu'on sait, Mme la ministre s'était engagée à déposer rapidement la loi, donc moi, des amendements à la loi, je comprenais que ça pouvait être au printemps. Là, je ne sais plus. Je ne sais plus parce que... Je ne sais plus.

Mais, moi, je vous dis que ce que je veux puis ce que je pense qui serait important pour les usagers... Étant donné qu'on a avancé aussi nos travaux, nous avons fait beaucoup de travaux pour l'articulation de la loi, au mot à mot — parce que c'est important, il y a un avis puis il y a ce qu'on met dans la loi, puis l'avocat, Me Pierre Bourbonnais, ici, a travaillé pour écrire des choses, pour être sûr qu'on puisse respecter l'esprit de notre avis et tout ça — j'espère que ça va être déposé. Parce que, moi, je pense que, si on veut servir les intérêts du régime puis si on veut servir les intérêts des usagers, il faudrait que ce soit quelque chose qui arrive vite, pour ensuite commencer, tranquillement pas vite, à faire évoluer le bureau en conséquence.

Parce que, si la ministre acquiesçait, ou le ministre acquiesçait, à deux paliers, on comprend qu'il y a toute une culture qui doit s'implanter rapidement au premier palier pour faire en sorte que ce ne soit pas nous qui ramassions toutes les plaintes — je n'aurais pas le personnel pour faire ça non plus. Puis, en même temps, il faut

qu'il y ait comme une responsabilisation encore plus grande des établissements pour qu'il puisse y avoir satisfaction pour les usagers. Mais, comme je vous dis, normalement, ce que j'espère, c'est que ce soit au printemps.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Cependant, est-ce que vous avez senti une volonté de vouloir apporter des modifications aux propositions?

**Mme Côté (Rosette):** Oui, oui. Comme je le dis dans mon texte, quand j'avais proposé des amendements à M. Rochon, à la 404, en février, puis qu'il y avait certains amendements, dont le pouvoir d'initiative, qui avaient été refusés, il m'avait dit: Écoutez, Mme Côté, continuez, l'année prochaine, on fera d'autres amendements. Mme Marois a fait droit à cela. Donc, le premier avis a été très bien reçu, elle s'était engagée, donc, rapidement, et le deuxième a été bien reçu aussi, parce que, aussi... Et elle a pris un engagement public. Entre autres, elle a pris un engagement public — je ne sais pas si c'est en novembre ou en décembre dernier — de doter le Québec d'un ombudsman en santé en disant que c'était le temps, en lien avec le comité Francoeur aussi sur les accidents médicaux évitables, dont je parle mais dont je n'ai pas eu le rapport.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Donc, il serait peut-être important que la commission voie au bon fonctionnement...

**Mme Côté (Rosette):** Ah! Vous seriez...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** ...du suivi du rapport. D'accord. Merci. Alors, M. le député de Jacques-Cartier, je vous cède la parole.

#### Effet pervers de certaines plaintes traitées localement

**M. Kelley:** Merci beaucoup, Mme la Présidente. Bienvenue, Mme Côté et votre équipe. J'ai peut-être une question dans deux volets, juste une réaction à la philosophie, que je comprends très bien, qu'on veut que c'est les établissements qui règlent des problèmes et que c'est à 98 % qu'on trouve au niveau local une solution, juste pour mettre un certain bémol sur ça. Je sais que, comme députés, il faut toujours être prudents, que le monde qui arrive dans nos bureaux, ce n'est pas toujours un échantillon scientifique. Mais, quand même, le fait... Et, je trouve, le défi le plus important, comme député, c'est de convaincre le monde qui est insatisfait de déposer une plainte.

Pour certaines raisons, il y a des personnes qui n'ont aucune confiance, que c'est les mêmes personnes qui sont accusées qui vont être les juges de l'accusation. Alors, il y a comme une apparence d'un conflit d'intérêts. Alors, le manque de confiance donne l'impression que c'est les mêmes personnes dans le CLSC, c'est les mêmes personnes dans le centre de réadaptation où j'ai eu un mauvais traitement, où il y avait un incident malheureux, qui vont se protéger. Alors, ça, c'est un élément que, je trouve, c'est difficile, et le monde qui vient nous voir n'a pas la confiance requise pour porter plainte.

● (11 h 30) ●

Et le deuxième, ce sont les personnes qui sont les patients récurrents. La madame qui est venue me voir parce qu'elle est sous dialyse, qui doit retourner cinq fois par semaine dans le même établissement, elle n'a pas de choix. Alors, pour elle, de commencer d'avoir une réputation: il faut faire attention avec madame parce qu'elle est toujours difficile, elle porte plainte. Alors, elle ne peut avoir une réputation. Alors, elle dit que, malgré le fait qu'elle soit insatisfaite, malgré le fait qu'il y ait eu — selon son témoignage — un incident malheureux, au bout de la ligne, elle veut voir son député. Elle veut porter plainte, mais elle se sent toujours dépendante ou à la merci de l'établissement. Alors, de formellement déclencher un processus de plainte, c'est quelque chose qu'elle ne veut pas faire, et, je ne sais pas, peut-être qu'il n'y a aucune solution à ça. Mais je trouve dans votre présentation que, à 98 %, on est capables de résoudre ça au niveau local; je pense que c'est incomplet dans le sens qu'il y a un autre pourcentage difficile à estimer, qui arrive souvent dans nos bureaux de comté, de personnes qui n'embarquent pas parce qu'elles ont peur, parce qu'elles n'ont pas confiance dans le système.

Alors, je ne sais pas si dans vos réflexions vous avez les éléments pour réagir à ça, mais je pense que c'est très important. Et la madame qui est venue me voir, sous dialyse, j'ai ça en tête, parce qu'elle dit — je ne sais pas s'il y a une centaine d'établissements à Montréal — qu'elle doit toujours aller au même hôpital cinq fois par semaine pour de longues heures. C'est un processus quand même très intime. Et pour le reste, alors, elle est venue me voir. Elle a porté plainte, mais elle dit: Ça reste là, je ne signerai jamais une lettre parce que je dois retourner à cet établissement demain matin.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Vous avez raison et vous mettez le doigt sur deux éléments extrêmement importants qui sont la peur des repréailles et liée à des soins récurrents. Et vous avez raison quand vous dites que, dans le 98 %, on ne peut pas dire quel nombre de personnes, quel pourcentage vont cesser. Mais je vous dis, je crois deux choses: je crois que les dernières recommandations qu'on a faites sur le commissaire local à la qualité, où il va être, où ça devra être une fonction exclusive, donc, le conseil d'administration — et ça, je pense que ça m'a été dit à la première tournée, je l'avais intégré, puis ensuite, avec l'expérience du régime — je me rends compte que c'est ce que vous disiez tout à l'heure — l'établissement qui vient valider sa décision ou les personnes qui sont les mêmes, ça, ça a été montré et démontré — quand on dit qu'il y aura un commissaire local à la qualité au niveau de l'établissement, ce commissaire-là va relever du conseil d'administration, et le conseil d'administration va avoir le loisir de choisir la bonne personne à la bonne place, et puis il aura le loisir de fixer les conditions de cette embauche, et il faut que ce soit une fonction exclusive. Il ne pourra plus faire le traitement des plaintes puis en même temps s'occuper d'être directrice des soins infirmiers. Il ne pourra plus s'occuper des plaintes puis

être responsable, je ne sais pas, moi, du financement ou des programmes. On s'entend? Donc, une fonction exclusive à la qualité.

Et le conseil d'administration, dans le sens de ce que vous dites, va pouvoir lui confier des mandats sur la qualité parce que les plaintes ne seront pas déposées ou parce qu'il y a des choses qui vont passer sous silence en disant: Écoutez, moi, dans mon établissement, là, hein, le député m'a téléphoné — je prends votre exemple — puis il m'a dit que telle famille, telle personne a de la difficulté parce qu'elle a peur. Et le commissaire local devra faire une enquête. Il aura le pouvoir de faire un examen pour voir si, dans l'établissement, les choses sont faites correctement. Ça, je pense que ça va corriger ce dont vous me parlez, ce type de fonction exclusive au niveau local. Bien sûr qu'on va en échapper, là. Je pense que ce n'est pas parce qu'on a un régime très bien fait qu'on n'en n'échappera pas. Je pense qu'on va échapper des gens, des gens qui vont avoir peur.

L'autre élément qu'on voit beaucoup, c'est que les proches peuvent déposer une plainte au nom des usagers, et on a quand même pas mal de plaintes où c'est les proches, et les établissements sont assez ouverts à cela. La loi dit: Dès que c'est un représentant puis que le consentement est donné, il faut que ce soit... c'est admissible en vertu de la loi.

Alors, je pense que, ça, ce bout-là, ce que, nous, on voit, c'est qu'il y a beaucoup de proches qui font les plaintes. Mais vous avez raison là: cet élément-là de crainte, de crainte d'avoir un service diminué parce qu'elle dépose une plainte, elle va l'être aussi... elle l'est aussi dans la vie quotidienne. Des fois, tu n'oseras pas déposer une plainte, je ne sais pas, moi, dans un restaurant ou au garage, parce que tu dis: Je vais toujours là, puis est-ce qu'il va me mettre du sucre dans mon... bon, je fais une farce, là. Mais, vous avez raison.

**M. Kelley:** C'est surtout pour les patients qui sont récurrents, moi. Les personnes qui se sont cassé une jambe vont visiter un établissement une couple de fois, et ça finit là. Mais quelqu'un sous dialyse est là à vie et dans un centre de soins de longue durée.

**Mme Côté (Rosette):** Excusez-moi, juste pour ajouter une chose. Le pouvoir d'initiative que le Commissaire a, quand on dit qu'on pouvait intervenir de sa propre initiative, ça pourrait faire l'objet d'une intervention de la Commissaire aux plaintes dans l'établissement en disant: Avec l'appui de tel monsieur, de telle madame qui nous a dit ça, est-ce qu'il y a quelque chose qui ne va pas, comment on peut régler les choses, il pourrait y avoir des interventions assez circonscrites lorsque vraiment il y a un problème manifesté. Parce que, quand il y a une personne qui le dit, souvent, elle n'est pas toute seule; il y en a d'autres qui vivent la même chose, des fois. Il y en a une qui ose en parler à vous; il y en a peut-être sept, huit, neuf, 10 qui sont dans la même situation mais qui se taisent. Alors, souvent, ça peut dénoter quelque chose de plus large.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, M. le député de Jacques-Cartier.

### Données statistiques sur le nombre et sur le délai de traitement des plaintes

**M. Kelley:** Deuxième élément de la même question, c'est l'autre facteur que j'ai constaté — encore une fois c'est l'échantillonnage scientifique des personnes qui arrivent à mon bureau — juste l'épuisement dû au processus, et même, je suis un petit peu surpris par le manque de données à travers tous vos... Vous avez quelques tableaux fournis pour les membres de la commission, mais ça date déjà du 3 mars 1999. On est maintenant en 2001, on a l'informatique, les ordinateurs. Je ne sais pas. Parce que je comprends que vous devez travailler en partenariat avec les régies régionales, les établissements dans leur façon de faire la comptabilité, mais c'est quand même surprenant aujourd'hui que, ça, ce soient les données les plus récentes dans ce secteur, et je ne sais pas, avec tous les documents qu'on a fournis aux membres de la commission. Mais avez-vous des idées sur le délai, à partir du moment où je suis insatisfait avec l'établissement, combien de temps? Vous avez donné le 45 jours selon les limites prescrites, mais, de mon expérience, le 45 jours par palier n'est pas toujours respecté.

Parce que l'accompagnement que mon collègue de Châteauguay a mentionné que le Protecteur du citoyen fait dans son domaine, souvent c'est le personnel de mon bureau qui le fait parce que ce n'est pas tout le monde qui est habile pour écrire des lettres aux établissements ou pour apporter une demande de révision dans un dossier. Alors, souvent, c'est nos attachés politiques qui le font pour ces personnes. Et il y avait un dossier en particulier, c'était: on voyait l'établissement, l'établissement a rejeté la plainte, les personnes demeureraient insatisfaites. C'était envoyé à la régie régionale, la régie régionale a regardé ça, ils ont retourné ça à l'établissement et, après un certain temps, le commettant est venu me voir: I give up. Avec l'épuisement, avec tout ça, c'est même sans se rendre chez vous, c'est juste autant de va-et-vient: la régie régionale retourne ça à l'établissement pour un complément d'information, le dossier est incomplet, pour toutes les raisons, toutes les choses, mais, au bout de la ligne, la personne dit: Je vais continuer ma vie, je ne peux pas me mettre à me plaindre, j'ai pensé qu'il y avait un mauvais traitement... Et ce n'est pas au député de le juger, loin de là. Moi, je veux juste que les droits des personnes de mon comté soient bien respectés.

Mais il y a un facteur d'épuisement, et je ne vois pas, à travers toutes ces données qui sont en premier lieu très incomplètes et datées déjà de deux ans... Mais c'est quoi? Avez-vous des études? C'est quoi, le délai entre la lettre envoyée au directeur de l'hôpital ou du CLSC et l'aboutissement d'une décision? Ça donne l'impression, de l'extérieur, des fois, que ça peut prendre même des années, et ça, ça ne marche pas.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Je vais vous donner une réponse selon la loi puis une réponse selon la pratique: selon la loi, après 45 jours, la personne, si elle n'a pas une réponse, elle peut aller tout de suite, mais souvent

elle ne le sait pas. On s'entend? Elle ne le sait pas. Donc, elle va laisser durer le temps, puis là, à un moment donné, elle dit: Bien voyons, il me semble que ça fait trois mois que j'ai entendu parler de cela, puis le 40-40.

Dans la pratique, on n'a pas de données très, très fiables, et vous posez le problème qui est majeur, qui est: comment se fait-il que nous n'ayons pas, après six ans d'existence, plus de vision globale sur comment ça se passe d'une année à l'autre? Et c'est pour ça que je vous dis qu'il faut absolument avoir un système d'information national inscrit dans la loi. C'est pour ça que vous allez voir dans les amendements à la loi que je le rends obligatoire pour qu'on puisse avoir quelque chose...

Vous avez raison, l'informatique est arrivée. On est encore à l'ère du poêle à bois alors que c'est le micro-ondes qui sert le monde. Alors, ça n'a pas de bon sens. Vous avez raison là-dessus. Donc, la moyenne d'une plainte à l'établissement est plus que 45 jours. On a à peu près — je crois, de mémoire — 50 % des plaintes qui sont traitées en dedans de 45 jours à l'établissement. Il y a plus que ça? Ma spécialiste.

**Mme Presseault (Sylvie):** Il y a des plaintes quand même aux établissements qui se traitent en quelques jours. Ça ne va pas toujours au délai maximum, mais c'est sûr que...

**Mme Côté (Rosette):** Il y en a combien qui dépassent le 45 jours? As-tu souvenance de ce qu'on a pu voir?

**Mme Presseault (Sylvie):** Chez nous?

• (11 h 40) •

**Mme Côté (Rosette):** Bien, dans le réseau.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Un instant, s'il vous plaît! Parce que, pour les fins de l'enregistrement, vous comprenez qu'il y a des gens qui doivent... Donc, là, on cède la parole à M. Madden. C'est ça?

**M. Madden (Robert):** Oui. Au bureau même de la Commissaire, on est en mesure de dire précisément les délais que l'on prend pour l'examen des plaintes, mais, à l'intérieur, dans le réseau lui-même, on n'a pas de données qui partent de l'établissement, à la fin de l'établissement, le temps que le plaignant aussi peut prendre entre sa décision aussi de poursuivre un deuxième recours, le temps où il reçoit un accusé de réception d'une régie régionale, que celle-ci la complète après. On n'a pas de données sur ce délai-là, d'un palier à un autre, compilant les trois paliers.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Mais il me semble quand même que, dans les analyses que faisait le ministère, il y a quand même un pourcentage, je dirais une plainte sur deux, qui s'inscrit dans les délais du 45 jours. L'autre plainte sur deux, elle dépasse, des fois pas. Mais je vous dirais que ce qu'on observe actuellement, c'est que, de plus en plus, les gens savent qu'ils ont 45 jours, puis

après 45 jours ils prennent leur paquet puis ils s'en vont à la régie régionale. Parce que, si le principe était bien appliqué, là, ça ferait 45, 45 et nous.

Maintenant, quand vous dites que le régime est laborieux, vous avez raison. C'est pour ça qu'on propose, nous, un régime à deux paliers: 60 la première journée, fermes... Parce que, nous, ce qu'on dit dans nos lignes de conduite, de haut en bas, on dit: Pour dépasser le 45 jours, il faut la permission de l'utilisateur. S'il ne veut pas, vous ne pouvez pas le dépasser. Alors, dans un contexte où on a rallongé à 60 jours — parce que souvent 45 jours pour une plainte complexe, ce n'est pas suffisant, normalement — ça ferait 60 jours pour chez nous, ça veut dire qu'il pourrait y avoir, pour une bonne partie des plaintes, en dedans de 120 à 180 jours, une réponse. De calendrier, là, pas une réponse de jours ouvrables, de calendrier. Ça fait quand même deux mois, trois mois, c'est pas mal plus élevé que n'importe quel tribunal ou n'importe quel procédé... C'est moins élevé que n'importe quel procédé administratif.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Ça va, M. le député de Jacques-Cartier? M. le député de Masson.

#### Mécanisme de suivi auprès du plaignant

**M. Labbé:** Merci, Mme la Présidente. Ça va aller dans le même sens un petit peu, sans se répéter, mais je pense que ça va aller en complémentarité. Parce que vous aviez mentionné au début, dans ma première question, qu'à un moment donné, là où vous saviez combien est-ce qu'il y avait de plaintes, c'était au rapport annuel, en fait, de la régie, souvent, là où vous saviez qu'il y avait eu tant de plaintes dans la région, etc., quel type de plaintes. Moi, ce sur quoi je voudrais être rassuré de votre part, c'est: Dans vos recommandations, est-ce qu'on va retrouver le fait qu'on s'en va vers un système à deux paliers, par exemple, comme recommandation, est-ce qu'on va être capable de rassurer nos citoyens que, justement, quand il fait une plainte, il y a des délais, c'est sûr, mais il y a aussi des accusés de réception qui vont suivre, on va t'informer, tu vas être rencontré ou je ne sais pas, sans rentrer dans tout le détail, mais que, nous autres, comme députés, ou que les citoyens ou que les institutions puissent dire: Bien, écoutez, madame ou monsieur, quand vous déposez une plainte, voici le cheminement. On ne s'attardera pas sur le 45 jours, là, ça peut être un peu plus long, faites-vous-en pas avec ça, mais il y a une chose qui est sûre: Vous allez avoir un accusé de réception, vous allez avoir un numéro de dossier, vous allez avoir ci, vous allez avoir ça, et il va y avoir un cheminement. Si vous n'êtes pas rencontré, ce n'est pas grave, mais au moins il y a quelqu'un qui va vous contacter, il va y avoir un suivi à l'intérieur de ça, et on va avoir ensuite de ça, quand tout ce processus-là va être fait, indépendamment de la solution qui va être apportée à ce moment-là, qui va être quantifiée, on va avoir un rapport qui va être fait là-dessus. Et, quand on va avoir, si on a nos deux paliers, à titre d'exemple, bien, que, quand ça va revenir en fin d'année, on va avoir eu les synthèses de ce qui touche le plus de problématiques, mettons si c'est cinq éléments, et avec

des recommandations. Puis s'assurer que dans les bilans annuels des régies, par exemple, pas des régies dans ce cas-ci parce que ça ne sera peut-être pas là, ça va peut-être être là en partie, mais que là où ça va avoir... ça va être dans le rapport final de l'institution ou de la régie ou du Commissaire aux plaintes, on va être capable de nous dire finalement: Bien, il y a tel, tel, tel élément qui ont sorti, ou il y a telle problématique dans telle région et il y a tel correctif qui a été apporté, ou on est en voie d'apporter tel type de correctif, ou il faudrait faire telle chose.

Dans le fond, c'est global, mon affaire, c'est en complémentaire à ce que mon collègue a dit tout à l'heure. Moi, j'aimerais être rassuré là-dessus. Parce que le citoyen, ce qui est le plus rassurant pour lui, c'est de s'assurer que ça ne se perd pas puis que, à un moment donné, deux ans après, il appelle puis on lui dit: Bien, oui, tout est réglé, monsieur, mais, lui, il ne le sait pas.

**Mme Côté (Rosette):** Moi, je dirais que ce qu'on a recommandé, là, ça répond à tout ce que vous dites. Premièrement, les délais, on les rallonge justement pour un examen approfondi. Les manières de faire, elles sont déjà prévues à la loi, l'accusé de réception, on les renforce. On inscrit dans la loi le mandat clairement nommé du commissaire local, du commissaire régional, son mandat. Ensuite, les rapports, on leur change la facture. On dit: Ce ne sera pas juste des rapports sur le quantitatif, mais ça va être sur la qualitatif, et le rapport va devoir dire quels sont les engagements que l'établissement a pris pour changer les choses. Le rapport, il va être sur la dimension plainte, mais il pourra aussi être sur la dimension de tous les mécanismes pris pour la qualité.

Et, avec un système national d'information, avec une façon de faire unique, on va être capable rapidement de savoir, en temps réel, quelles sont les plaintes sur une question, dans une mission, sur une région en cours d'année. Et, quand on aura le rapport régional à la fin de l'année, il devrait à la fois parler des plaintes, des grandes tendances qu'il a vues et des correctifs appropriés puis aller jusqu'à la dimension de la qualité. Moi, je crois que, ça, c'est garanti. En plus, en donnant au Commissaire ou à la Commissaire le pouvoir de surveillance de la qualité et en mettant à exécution les rapports périodiques déjà prévus à la loi mais qui étaient très ténus, à n'importe quel temps — c'est un système national — de façon dénominalisée dans le respect de la confidentialité, la Commissaire, à n'importe quel temps de l'année, pourra peser sur un pitoon puis savoir qu'il y a, sur la question, je ne sais pas, moi, des délais d'attente en chirurgie au Québec, 600 personnes qui attendent mais qu'il y en a la moitié qui sont à Montréal, mettons. Je donne un exemple bien fictif, on s'entend?

**M. Labbé:** C'est ça.

**Mme Côté (Rosette):** Alors, c'est ça, un rôle de surveillance de la qualité et c'est ça, un système d'information nationale où tu as en temps réel les réalités pour agir dessus et où, surtout, tu obliges les établissements et les régies à dire qu'est-ce qu'ils ont fait pour changer les choses pour que tu puisses travailler. Parce qu'une plainte, ça n'a pas de sens s'il n'y a pas des messages, puis si ça n'amène pas des changements.

Comptabiliser des plaintes pour des plaintes, ça ne va nulle part. Il faut que ça puisse être le matériel pour changer les choses.

**M. Labbé:** Excellent.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté, merci.

**M. Labbé:** Peut-être une complémentaire, Mme la Présidente, si vous permettez.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, M. le député de Masson.

#### **Efficacité des pouvoirs de recommandation du Commissaire aux plaintes**

**M. Labbé:** Je sais qu'à un moment donné vous avez des pouvoirs de recommandation comme tels, je sais que, même à ça, vos recommandations, le gouvernement comme tel en tient compte à un pourcentage important. Pourquoi vous n'avez pas recommandé finalement qu'on aille jusqu'à un pouvoir exécutoire, que vos recommandations, ça devienne automatique finalement? Y a-tu une réticence par rapport à ça, c'est-u faisable, non faisable ou si ce n'est pas une tradition, ce n'est pas une façon de le faire, on y va plus par notre façon de convaincre les gens aussi à ce moment-là?

**Mme Côté (Rosette):** Je dirais que l'analyse du régime nous montre qu'un pouvoir moral, un pouvoir de recommandation porte ses fruits dans une proportion de 95 %, parce que les recommandations qu'on fait sont des recommandations qui veulent changer la situation et corriger les dysfonctionnements du système. La logique du régime, c'est une logique d'amélioration de la qualité, et on a choisi de ne pas demander un pouvoir coercitif pour le 2 % des plaintes et des recommandations qui ne seraient pas respectées parce qu'on pense que ça nuirait à la capacité qu'a un établissement de s'inscrire dans une logique d'amélioration. Parce qu'au moment où tu t'inscris dans une logique d'amélioration, tu es plus réceptif à recevoir des recommandations même si, il faut le dire, actuellement, les établissements et les régies régionales, quand on arrive dans leur milieu, ne sont pas très contents de nous voir arriver parce qu'ils sont sûrs d'avoir bien fait les choses. Par contre, une fois sur deux, on leur dit: Bien, vous n'avez pas si bien fait les choses que ça parce qu'on a vu telle, telle recommandation puis on vous les propose, et ils les prennent. Alors ça, c'est un choix, c'est un recours administratif. On ne donne pas de pouvoir coercitif parce que, pour le donner, il faudrait savoir qu'est-ce qu'on fait. Un établissement ne veut pas, qu'est-ce qu'on fait? On lui envoie une lettre? Il ne veut pas, on le met en tutelle? Il ne veut pas...

Alors, vous voyez, si tu mets un pouvoir de coercition dans la loi, il faut que tu saches comment, les étapes pour obtenir satisfaction. Moi, je crois que l'expérience du régime nous montre que le pouvoir moral ou l'autorité morale, le pouvoir de recommandation porte des fruits dans le sens de ce que veulent les usagers.

**M. Labbé:** À 95 %, je suis satisfait, il n'y a pas de problème. Merci, madame.

#### **Difficultés d'analyse découlant de la diversité de facture des rapports des régies régionales**

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. le député de Masson. Avant de céder la parole au député de Nelligan, vous me permettez une question également sur le rapport des régies régionales sur l'application de la procédure d'examen des plaintes. Vous savez que la commission des affaires sociales a le mandat d'entendre les régies régionales lorsque celles-ci déposent leur rapport annuel. Alors, pour une première fois à l'intérieur d'une année, nous avons rencontré presque toutes les régies à l'exception du Nunavik; alors, les dernières régies, nous les avons rencontrées hier. Et bien, nous nous sommes rendu compte également que les rapports sont très différents l'un de l'autre et que c'est très difficile de faire des compilations ou des comparaisons, étant donné qu'on n'a pas les mêmes données.

Et je constatais que, dans le document que vous nous avez produit concernant les rapports des régies régionales justement, sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, vous faites un peu le même constat dans le sens qu'il est difficile d'en faire une étude parce que les rapports sont très inégaux. Alors, est-ce que... Parce que, nous, lorsque nous aurons terminé cette rencontre, nous avons l'intention de proposer aux régies régionales une espèce de modèle qui nous permettrait de faire l'étude des données très rapidement, des comparaisons et peut-être même de soumettre au ministère de la Santé et des Services sociaux et à la ministre certaines recommandations concernant les rapports. Alors, je constate que vous avez les mêmes difficultés. Est-ce que c'est parce que, dans les rapports des régies régionales, vous ne retrouvez pas cet item ou bien tout simplement ça dépend de la façon dont on vous soumet les données?

**Mme Côté (Rosette):** Il n'est pas mesuré.

• (11 h 50) •

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Il n'est pas mesuré.

**Mme Côté (Rosette):** Dans les établissements, ils ne mesurent pas vraiment, à moins que la personne, nommément, dise: Vous avez pris 65 jours pour traiter ma plainte, puis je dépose une plainte. Mais généralement ça va être traité plutôt à l'établissement ou ça va être traité plutôt à la régie ou plutôt chez nous.

Les garanties procédurales prévues à la loi, elle ne sont pas mesurées systématiquement par l'établissement parce que ça l'obligerait à faire un retour sur lui-même. Les régies régionales le mesurent quand l'utilisateur en fait un objet de plainte, mais s'il n'en fait pas un objet de plainte, elles ne le mesurent pas. C'est pour ça que l'année passée, nous, on a dit: On va le mesurer systématiquement, à chacune des plaintes qui va arriver chez nous, on va regarder si la procédure d'examen a été respectée: est-ce que la personne a eu un accusé de réception, dans quel délai on a traité sa plainte, est-ce que sa version des faits a été entendue, est-ce que c'est

une personne responsable des plaintes autre que le directeur général qui traite les plaintes? Parce que normalement, actuellement, la loi ne permet pas au directeur général d'être responsable des plaintes. On le vérifie systématiquement et on va continuer à vérifier systématiquement la conformité. Alors ça, c'est pour les garanties procédurales au traitement des plaintes.

Pour les rapports, ce qu'on a constaté, c'est que les factures sont différentes. Alors, vous avez probablement vu la même chose. Dans certains rapports, on a cinq tableaux; dans d'autres rapports, on a cinq tableaux puis un petit mot sur chacun des tableaux; dans d'autres rapports comme Montréal-Centre, qui est probablement le modèle, je dirais, des rapports, il y a les plaintes, les objets de plaintes, les enseignements qui en ont été tirés, les engagements pris et les recommandations qu'eux autres considèrent, comme régies, qu'ils devraient mettre en place dans les années subséquentes.

Cette réalité-là, nous, pour la régler, on a prévu dans la loi des amendements qu'on propose à Mme Marois — ou au ministre, peu importe — on a prévu que la facture des rapports va changer, c'est-à-dire que, dans les rapports, ils vont devoir intégrer les rapports des plaintes médicales, ce qu'ils n'intégraient pas, parce qu'il y a un nombre important de plaintes qui sont déposées par le biais de la DSP mais qui ne passent pas par la personne responsable des plaintes. Bon, alors ça, ils vont devoir mettre toutes les données, ils vont devoir ajouter les données du comité de révision pour les plaintes médicales, ensuite ils vont devoir tenir compte des mandats qui auront été confiés au Commissaire à la qualité et des engagements de l'établissement. Ça, c'est la première chose.

Pour être sûr que la facture va être semblable, on est en train de réviser le système d'information de gestion des plaintes qui avait été fait avec l'arrivée de M. Francoeur mais qui n'est pas convivial et qui est difficile à utiliser. On est en train d'en faire — avec l'informatique, on révisé cela — un modèle pour rentrer les plaintes, pour traiter les objets de plaintes, pour entrer les recommandations pas mal semblables, il va être obligatoire. Ce qui fait que, à partir de cela, les établissements devraient donner une facture pas mal semblable des plaintes.

#### Confidentialité des plaintes

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Est-ce que je comprends que, lorsqu'un usager fait une plainte dans une institution, par exemple dans un hôpital, il n'y a pas nécessairement de copie de cette plainte qui est envoyée directement à la régie au même moment? Ah non?

**Mme Côté (Rosette):** Ah non.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Ah non?

**Mme Côté (Rosette):** Il ne faut pas.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Pour avertir au moins qu'il y a une plainte, de sorte qu'on puisse être capable de faire le suivi. Parce que, lorsque

vous parliez tout à l'heure de 45 jours, si la régie était au fait qu'il y a déjà une plainte mais sans connaître nécessairement le contenu de la plainte, elle pourrait peut-être, à ce moment-là, frapper à la porte de l'établissement.

**Mme Côté (Rosette):** C'est très fragile à cause de la confidentialité, souvent c'est la vie des personnes. Ce que la loi dit, c'est que le dossier de plainte appartient à l'usager. Il arrive qu'un usager dépose une plainte, puis, pour être sûr d'être entendu, il va envoyer une copie conforme à la régie, puis il va même nous en envoyer. Mais, normalement, la loi dit que le dossier appartient à l'usager, puis c'est sous la confidentialité.

Par contre, lorsque le rapport est remis, il pourrait y avoir des rapports qui seraient remis, au mois, d'un établissement vers une régie. La régie pourrait actuellement, par son mandat, le demander — elle pourrait — mais parce que la compilation est inégale, souvent, elle ne peut pas le faire, elle n'aura pas les réponses. Alors, la confidentialité est très, très, très importante parce que c'est la vie des personnes. Alors, il faut que ça reste confidentiel à l'établissement.

Ensuite, quand l'usager n'est pas content, il s'en viendrait chez nous s'il y avait deux paliers; là, il s'en va à la régie régionale. Et même nous, dans l'exercice de nos fonctions, il nous est arrivé d'avoir des téléphones de députés ou d'avoir un téléphone d'un ministre qui dit: Où est-ce qu'est rendue la plainte de Mme Unetelle? Où est-ce qu'est rendue la plainte de M. Untel? Nous, on dit: On ne parle pas des plaintes, à moins que vous ayez un mandat écrit, entre guillemets, de l'usager qui nous permet de vous en parler.

Alors ça, c'est un élément d'impartialité ou d'indépendance que je voulais aussi, un élément qui est important. Cette distance-là, on la garde comme ça au nom de la confidentialité et au nom du fait que le dossier de l'usager appartient à l'usager.

C'est comme des journalistes, je vais vous donner un exemple. Mettons que les journalistes vont m'appeler assez fréquemment, puis vont me dire: Tel monsieur a déposé une plainte dans tel établissement sur telle question, l'avez-vous vue, Mme Côté, cette plainte-là? Est-ce qu'elle est rendue chez vous? En avez-vous des pareilles? Alors, moi, je suis obligée de dire... Je ne dis rien. Je dis: Moi, je n'ai rien à dire sur ça, parce que la confidentialité est extrêmement importante, et je pense qu'il faut la garder comme ça, parce que les plaintes, c'est vraiment l'histoire des personnes, puis quand la loi prévoit qu'un dossier de plainte, la personne, si elle accepte, donne accès à son dossier personnel, je trouve qu'il ne faut pas trop qu'il y ait de monde qui joue là-dedans, là, parce que...

Et ça m'amène à une réponse. Elle ne fait pas partie de votre question mais elle est sous-jacente, c'est que la loi va être claire, elle va empêcher le commissaire local de dédier des fonctions à quelqu'un d'autre. Ce qu'on voit actuellement, c'est qu'il arrive, dans un établissement, qu'une plainte est déposée. La personne qui est responsable des plaintes, elle va dire au chef de service x: Fais-moi donc ton état de situation, puis là, l'état de situation va arriver. Il y a parfois une entorse à la confidentialité. L'usager n'a pas donné son autorisation pour que sa plainte se promène partout dans

son établissement. Alors là la loi va être claire. Elle va dire que la fonction est exclusive, mais, en plus, il n'y aura pas de délégation de pouvoir, et la signature du commissaire local aux plaintes va être une signature qui va valider que c'est lui ou elle qui a fait l'examen. Alors, vous apportez un peu les précautions qu'on a eues au sujet de la confidentialité et de la propriété de l'utilisateur de son dossier de plainte et de sa vie.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Côté. M. le député de Nelligan.

#### **Plaintes relatives à l'accessibilité aux services dans sa langue maternelle**

**M. Williams:** Merci beaucoup, Mme la Présidente, et merci beaucoup pour votre présentation aujourd'hui. J'ai bien aimé la discussion, et je pense que, ensemble, on doit trouver le meilleur système pour s'assurer que ceux et celles qui ont des plaintes ont le meilleur accès. Mais j'ai eu le même commentaire de mon collègue de Jacques-Cartier. Avec ça, c'était déjà questionné.

J'ai deux questions précises sur les types de plaintes que vous avez reçues, juste profiter de votre présence devant la commission parlementaire. Un, je vais commencer avec une dont les chiffres sont tellement petits, là, la question de l'accessibilité linguistique. En 1998-1999, vous avez reçu une plainte; 1999-2000, vous avez reçu une plainte. Est-ce que j'ai bien compris votre calcul, il y a juste une plainte? Et est-ce que c'est un manque d'accessibilité en français ou en anglais? Je voudrais juste...

**Mme Côté (Rosette):** Les plaintes qu'on a eues? O.K.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** D'abord, rendu chez nous, il faut comprendre que probablement il y en a eu de déposées dans l'établissement et puis...

**M. Williams:** Oui, oui.

**Mme Côté (Rosette):** ...qu'il a dû y avoir des réponses. Nous, on en a eu deux. J'essaie de me rappeler à quel sujet. On en a une...

**Mme Presseault (Sylvie):** Moi, je sais que, à un moment donné... Si vous permettez, là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Presseault, oui.

**M. Presseault (Sylvie):** À un moment donné, l'objet de plainte, la personne avait reçu, par exemple, une réponse en anglais dans un hôpital de Montréal, et, finalement, s'était adressée en français au responsable de plaintes. Donc, c'est une question comme ça.

Dans un autre cas, la personne reçoit une copie des conclusions, par exemple, à la plainte, en français; c'est une personne anglophone qui s'était adressée en

anglais et... puis en plus, bien, en tout cas, il y avait un problème, c'est que la traduction était mal faite, ça ne voulait pas dire la même chose. Alors, il y avait des éléments.

Dans ces cas-là, les questions qui nous ont été posées, ce n'était pas vraiment, en tout cas, l'accessibilité aux services comme tels. Ça n'a pas été des questions qui ont été soumises à Mme Côté, mais c'était plus... on se rendait compte que, à un moment donné, il y a une façon de traiter les gens, là...

**M. Williams:** Avec ça, à votre niveau, vous avez presque zéro comme plainte sur les questions d'accessibilité linguistique sur une communauté ou l'autre. C'est ça que j'ai compris.

**Mme Côté (Rosette):** Oui.

**Mme Presseault (Sylvie):** Oui.

**M. Williams:** Merci. L'autre...

**M. Bourbonnais (Pierre):** Nous avons des plaintes en anglais, par contre.

**M. Williams:** Je m'excuse.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Bourbonnais.

**M. Bourbonnais (Pierre):** Nous avons des plaintes en provenance des anglophones.

**M. Williams:** Oui, oui, les plaintes pour les services en anglais, mais pas pour les services... le manque d'accessibilité pour les services anglais. Oui, j'ai compris et je présume que vous traitez ça dans la langue que vous l'avez reçue.

**M. Bourbonnais (Pierre):** Oui.

#### **Plaintes relatives aux services préhospitaliers d'urgence**

**M. Williams:** O.K. Un autre dossier que vous avez priorisé, c'est le dossier des services préhospitaliers d'urgence. Vous-même avez fait un avis au comité Dicaire. Un, je voudrais avoir une copie de cet avis. Pas nécessairement aujourd'hui, mais je pense, pour les membres de la commission, parce que, malheureusement, jusqu'à maintenant, nous n'avons aucune idée de ce que le ministre va faire avec le rapport Dicaire. Nous n'avons eu aucune réponse. Avec ça, je voudrais au moins avoir votre avis.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je m'excuse, mais je comprends, Mme Côté, que vous allez faire parvenir cet avis au secrétariat de la commission.

**Mme Côté (Rosette):** Oui, oui. C'est noté.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci.  
● (12 heures) ●

**M. Williams:** Vous avez, en 1998-1999, reçu, à votre niveau, 13 plaintes; et, en 1999-2000, 24 plaintes pour les services préhospitaliers d'urgence. Je voudrais savoir un peu comment vous traitez ça, comment ça marche. Parce que sur le territoire desservi par Urgences-santé, il y a une instance parapublique au moins. Dans tout le reste du Québec, c'est privé. Je voudrais juste mieux comprendre comment quelqu'un qui a une plainte... ils en ont eu 24 l'année passée pour les services préhospitaliers d'urgence. Comment ils peuvent faire une plainte, comment ça marche? Parce qu'ils ne peuvent pas faire une plainte dans une compagnie privée, je présume, c'est tout directement à la régie?

**Mme Côté (Rosette):** Ça arrive. C'est de compétence de régie.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Oui, excusez-moi. Alors, les services préhospitaliers d'urgence sont de compétence de régie régionale, et c'est la régie qui a l'obligation d'analyser le service et de faire des recommandations. Dans 99 % des cas de plaintes concernant ce sujet-là, c'est au sujet de la facturation. C'est au sujet de personnes qui disent: Moi, si j'avais su — je vous le résume comme ça — que le service n'était pas gratuit, je ne l'aurais pas pris, j'aurais pris un taxi, j'aurais pris... Et ils invoquent l'urgence, ils invoquent... Bon. Alors, c'est à peu près, je dirais, la totalité.

On a eu quelques plaintes qui étaient liées à la qualité du service, par la personne qui s'occupait d'eux autres là...

**M. Williams:** Et le temps de réponse?

**Mme Côté (Rosette):** ...le rapport interpersonnel qui n'était pas toujours courtois, mais ce n'est pas significatif. Mais c'est un problème récurrent d'absence d'information des gens au sujet de la facturation.

**M. Williams:** Ils ne sont pas au courant qu'ils doivent payer le 125 \$ plus 1,75 \$ par kilomètre, etc.

**Mme Côté (Rosette):** Voilà. Et certaines personnes âgées ne savent pas notamment qu'il faut avoir un certificat... il faut avoir une autorisation médicale pour que la facturation ne soit pas demandée lorsqu'elles vont à l'hôpital, les personnes âgées.

**M. Williams:** Avec ça, dans ce dossier, il n'y a pas vraiment les choses... il n'y a pas beaucoup de changement de système que vous avez fait à cause des 24 plaintes, parce que, si la grande majorité sont les questions de facturation, ils ont le droit de facturer et vous avez besoin de juste expliquer.

**Mme Côté (Rosette):** Bien, pas toujours. Il y a parfois que nous avons donné raison à l'utilisateur, parce que nous avons fait la démonstration que le technicien

avait le temps de faire de l'information, pour dire à la personne: Si vous prenez l'ambulance, ça va être à vos frais. Parce que le caractère de l'urgence avait été comme analysé. Et je vous dirais aussi qu'on a fait des recommandations sur la nécessité d'avoir comme un médecin qui soit là. Lorsque le technicien ambulancier arrive au domicile, il ne sait pas trop, si la personne dit: Moi, je ne veux pas aller à l'hôpital, pour qu'il y ait comme un contact avec le médecin.

Mais c'est clair qu'on n'a pas... On a recommandé des annulations de facture, parce qu'on a fait l'évaluation que le droit à l'information aurait dû primer ou que le droit au consentement aux soins aurait dû s'exprimer puis qu'il ne s'est pas exprimé.

**M. Williams:** Et parmi les plaintes...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Excusez-moi, Mme la Présidente. Parmi vos plaintes, vous n'avez pas vraiment reçu beaucoup sur la question des temps de réponse, que quelqu'un...

**Mme Côté (Rosette):** On en a quelques-unes. On en a eu quelques-unes sur les délais de réponse. On a regardé aussi... Bon. Puis on a fait des recommandations. Vous allez voir, dans le comité Dicaire, il y a des endroits où, entre autres, ils n'enregistrent pas toute la conversation. Alors, on disait: Il faut avoir une preuve là de... Parce que souvent un des éléments extrêmement importants dans l'étude de la plainte qui concerne les services préhospitaliers d'urgence, c'est l'écoute des conversations, à partir du moment où la personne a appelé au central jusqu'à la fin.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Nelligan, vous avez une autre question?

**M. Williams:** Non, merci beaucoup. Et merci pour ce complément.

**Mme Presseault (Sylvie):** Je voudrais peut-être ajouter quelque chose.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, Mme Presseault.

**Mme Presseault (Sylvie):** Au niveau d'Urgences-santé, c'est que, quand on dit que les gens veulent se plaindre au niveau de l'établissement qui dispense le service, on va trouver ça dans le réseau, et à Urgences-santé, c'est un petit peu la même situation. C'est pour ça qu'il y a eu quelque chose un petit peu particulier qui a été créé. Bien sûr, la loi dit: La plainte concernant les services préhospitaliers d'urgence doit être formulée d'abord à la régie régionale. C'est eux qui sont chargés de l'organisation.

Mais Urgences-santé, c'est une grosse organisation parapublique que les gens connaissent bien. Et les gens, c'est un réflexe, ils reçoivent une facture ou ils ont reçu un service dont ils sont insatisfaits, c'est là qu'ils veulent s'adresser, donc à Urgences-santé. Et

parce que, de toute façon, les usagers s'adressaient là, il y a un système, il y a un responsable des plaintes qui est nommé, qui examine les plaintes. Et puis je sais qu'il y a quelques années il en examinait 300 par année. Donc, il a un rôle important à jouer, et pour qu'il y ait des correctifs qui soient apportés là à l'établissement. Je pense que c'est un réflexe chez les gens. Puis ça, à Urgences-santé, c'est très évident.

Dans l'avis d'ailleurs qui a été déposé en février 2000, ce qui est suggéré, c'est qu'Urgences-santé soit un petit peu considérée comme un établissement à cet égard-là puis accueille les plaintes en première instance: en première à Urgences-santé puis en deuxième chez nous.

**Mme Côté (Rosette):** Ailleurs, ce serait à la régie régionale, mais à Montréal, ce serait Urgences-santé.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Un autre commentaire, M. le député de Nelligan?

**M. Williams:** Merci beaucoup, Mme la Présidente. Est-ce que j'ai bel et bien compris que, à Urgences-santé, ils ont reçu à peu près 300 plaintes par année?

**Une voix:** Je pense que c'est il y a deux ans...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Bourbonnais.

**M. Bourbonnais (Pierre):** C'est de cet ordre-là. Ils reçoivent un bon nombre de plaintes qu'ils traitent à leur niveau. Il y a une personne qui est dédiée à l'examen des plaintes.

**M. Williams:** Vingt-quatre partout au Québec et 300 à Urgences-santé?

**M. Bourbonnais (Pierre):** Non. Attention, là! Pour Urgences-santé, c'est Montréal; pour les autres, c'est les régies régionales. Alors, il faut aller voir les résultats dans les régies régionales. Mais Urgences-santé traite un très grand nombre de plaintes annuellement.

**M. Williams:** Et vous ne savez pas combien chaque régie traite, parce que, si elles sont réglées, ça n'arrive pas à votre niveau.

**Mme Côté (Rosette):** Non. On a des problèmes de chiffres, mais il faut dire, par exemple, que, dans les 24 plaintes que nous avons, elles sont majoritairement de la grande région de Montréal. À Urgences-santé, ils sont majoritairement de la grande région métropolitaine là.

**M. Williams:** O.K. Merci. Le point que je prends de ça: ce serait utile d'avoir l'information c'est quoi, les plaintes, ça touche quoi. Si on peut être plus au courant de ça, je pense, ensemble, on peut trouver les solutions. De temps en temps, c'est assez simple, là, mais, de temps en temps, c'est plus compliqué. Mais

j'espère que chaque année nous allons avoir de plus en plus d'informations pour mieux comprendre c'est quoi, les types de plaintes, et on peut faire les corrections dans le réseau.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Je voulais juste apporter un élément. Vous dites quelque chose d'intéressant. Quand on a analysé 1998-1999...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Mme Côté (Rosette):** Non, mais ça me permet d'ajouter un élément. Ha, ha, ha!

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Williams:** Ah bon! O.K.

**Mme Côté (Rosette):** Quand on a analysé le 1998-1999, j'ai fait comme vous, j'ai demandé à la personne qui a fait l'analyse pour moi, je lui avais dit: Essaie de nous dire les délais d'attente, il y a combien de pourcentage. Quand on analyse tous les rapports de régie puis on essaie de trouver un lien d'ensemble, on se rend compte que, dans certaines régies, ils ne notent pas les éléments qui font partie de soins et services dispensés alors que l'outil dont ils disposent prévoit délai d'attente, ci, ça...

Alors, tu vas prendre un rapport comme Montréal, disons, où tu vas savoir, mettons, le délai d'attente, combien de plaintes pour le délai d'attente, combien de ci, combien de ça, mais tu vas prendre un autre rapport où tu as le nombre de plaintes pour soins et services dispensés. Mais, si tu veux savoir, dans soins et services dispensés, qu'est-ce que ça veut dire, tu n'as pas d'information.

Alors, il faut changer la facture des rapports, il faut rendre plus convivial l'outil d'information puis il faut être capable de traiter en temps réel ces informations-là, et à la fin de l'année mais pas un an ou deux ans ou trois ans plus tard.

**M. Williams:** Merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Côté. Mme la députée de Vanier.

#### **Statistiques détaillées au sujet des plaintes et identification des établissements délinquants**

**Mme Barbeau:** Merci. Moi, j'ai une question, à la page 6, quand vous parlez du Grand Montréal. D'abord, vous dites que la grande région métropolitaine, c'est 60 % des plaintes. Est-ce que vous parlez de toutes les plaintes ou de seulement celles qui montent à votre niveau, là?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Côté.

**Mme Côté (Rosette):** Un instant, je regarde.

**Mme Barbeau:** Page 6, quand vous dites 60 % des plaintes qui viennent de la grande région métropolitaine de Montréal.

**Mme Côté (Rosette):** C'est les nôtres, là.

**Mme Barbeau:** C'est juste les vôtres?

**Mme Côté (Rosette):** Oui.

**Mme Barbeau:** O.K. Après ça, vous dites: Québec, celles de Québec, c'est 10 %, avec une augmentation substantielle la dernière année.

**Mme Côté (Rosette):** Oui.

**Mme Barbeau:** C'est 10 %, total, là?

**Mme Côté (Rosette):** Oui.

**Mme Barbeau:** Puis, substantielle, ça veut dire quoi? Ça a doublé?

**Mme Côté (Rosette):** C'est-à-dire qu'il y avait 4 %, 5 %, 6 %, puis là maintenant ça a presque doublé.

**Mme Barbeau:** O.K.

**Mme Côté (Rosette):** À Québec, oui.

**Mme Barbeau:** Quand vous dites le Grand Montréal, ça comprend couronne nord et sud, tout le tour?

**Mme Côté (Rosette):** Oui, oui.

**Mme Barbeau:** Là, vous faites la grande région de Montréal et Québec, mais est-ce que vous décortiquez par région...

**Mme Côté (Rosette):** Oui, on les a.

**Mme Barbeau:** ...administrative, et tout ça, là?

**Mme Côté (Rosette):** Oui. Dans le rapport... Si je vous donne le 2001-2002 là... Je vais vous le donner.

**Mme Barbeau:** Ah! Il est là, là-dedans?

**Mme Côté (Rosette):** Attendez un peu! J'ai dû le faire, moi.

**Mme Barbeau:** C'est parce qu'il y avait beaucoup de papier. On n'a pas tout lu. Ha, ha, ha!

**Mme Côté (Rosette):** Vous avez tellement eu de matériel.

**Mme Barbeau:** Excusez-moi.

**Mme Côté (Rosette):** On va le chercher puis on va vous le dire.

**Mme Barbeau:** Ah! Il est ici, je l'ai. Je viens de le trouver là. Mais est-ce que vous avez l'intention... Bon, là, vous avez déposé les amendements, vous avez plein de beaux projets intéressants. C'est sûr que, comme vous allez fonctionner, il va y avoir deux paliers. C'est ça que j'ai compris. Local, c'est l'établissement. C'est-u ça? Je veux être sûre que j'ai bien compris comment vous voulez que ça marche dans le futur là, puis, après ça, ça va à vous, c'est ça?

**Mme Côté (Rosette):** Oui.

● (12 h 10) ●

**Mme Barbeau:** Mais vous allez continuer à compiler par région, et tout ça, parce que c'est intéressant, des fois. Nous, on aime bien ça savoir, parce qu'il y a des particularités dans chaque région, il y a toutes sortes de choses. Alors, non, c'est la question que je voulais savoir, si c'était un objectif de...

**Mme Côté (Rosette):** Il va y avoir une compilation au niveau local; la régie régionale va faire la compilation de ses propres plaintes et des plaintes du niveau régional. Il va y avoir la production d'un rapport annuel par région et de rapports périodiques au besoin. Il y aura un rapport annuel de la commissaire aux plaintes. En plus, il pourra y avoir des rapports périodiques, parce que la loi le permet, et il est de mon intention, si possible la prochaine année, sinon l'autre, qu'il y ait d'annexé au rapport annuel un rapport d'analyse des plaintes des régions aussi, pour distinguer ce que vous me dites là: les tendances, les éléments qui sont propres à une région plutôt qu'une autre, les réalités qui diffèrent.

**Mme Barbeau:** Est-ce que vous allez aller jusque dans le détail de dire, par exemple: Tel établissement, la majorité des plaintes, c'est pour tel sujet, ou vous n'irez pas dans ces détails-là, ou vous allez inscrire ceux qui ne corrigent pas le problème? Je pose la question large.

**Mme Côté (Rosette):** On pourrait aller écrire les délinquants, comme on pourrait dire les récurrences. Ce serait le choix de la personne de pouvoir le faire, mais on a prévu dans la loi que, dans le cas de recommandations qui ne seraient pas respectées avec une insistance à ce qu'elles soient respectées, on puisse nommer l'établissement.

**Mme Barbeau:** Bien, moi, je pense que c'est important. Si les gens réparent et, bon, il y a des moyens qui sont pris, là, et, si les gens... bon, un établissement en particulier est moins, disons, porté sur la chose de réparer, qu'il laisse aller tout le temps, moi, je pense que c'est important qu'il soit mentionné quelque part, pour avoir un effet de dire: Écoutez, là, vous ne corrigez pas la situation, ça fait des années, bien là tout le monde va le savoir, que ça ne va pas bien à tel niveau.

Moi, en tout cas, je pense que ce n'est pas d'être coercitif ou quoi que ce soit, mais, à un moment donné, si vous n'avez pas... Comme mon collègue posait la question tantôt, vous avez un pouvoir de recommandation, vous n'avez pas une prise pour dire: Vous êtes obligés de le faire. Peut-être que ça serait une façon de

forcer un peu certains établissements. En tout cas, moi, je le vois comme ça à première vue, là, je réfléchis tout haut.

**Une voix:** Pierre, tu voulais ajouter quelque chose?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Bourbonnais.

**M. Bourbonnais (Pierre):** Dans le cadre des mesures que l'on propose, un des pouvoirs qui est demandé, c'est un pouvoir de surveillance du protecteur des usagers, et tout particulièrement sur le respect du recours. Et, ce que l'on propose également, c'est que, dans ces circonstances-là, lorsqu'un établissement ne respecte pas les garanties d'application du recours, il y ait une obligation — ce n'est pas une faculté — d'en faire état, de nommer spécifiquement l'établissement qui ne respecte pas le recours.

Par ailleurs, à tout moment, on propose également que le protecteur puisse nommer l'établissement qui ne respecte pas, qui ne suivrait pas les mesures correctives proposées par le protecteur, et ce, dans son rapport annuel, dans un rapport spécial ou dans un avis, qu'il pourrait rendre ça public.

**Mme Barbeau:** O.K. Et, quand vous faites des recommandations pour des... Bien, moi, j'ai été sur la commission de l'administration publique, puis on fait des recommandations à des organismes publics de corriger une situation puis on met des échéances. Est-ce que vous mettez des échéances? Quand vous faites une recommandation, est-ce que vous dites: Bon, tel problème chez vous, là, ça revient tout le temps, ou... — je ne le sais pas, là, je ne connais pas tous les détails — puis, nous, on pense que, dans tel délai, vous devriez être capables de régler ça? Ça dépend c'est de quelle ampleur, là, ça peut être administratif ou, je ne sais pas, là, il y a toutes sortes de niveaux, mais est-ce que vous mettez un délai raisonnable à l'établissement ou vous n'en mettez pas? C'est quoi, le suivi par rapport à ça?

**Mme Côté (Rosette):** Actuellement, là, l'établissement et la régie ont 30 jours pour nous adresser ce qu'ils feront des recommandations que nous avons formulées. On fait un rappel aux 30 jours, on attend, puis ensuite on le reçoit généralement dans les sept, huit, 10 jours qui suivent. Ça, on a au moins ce bout-là. Et là, c'est la loi. On ne peut pas aller plus loin actuellement avec la loi.

**Mme Barbeau:** O.K.

**Mme Côté (Rosette):** Notre rôle de surveillance s'arrête là. Ça fait que, là, on va plus loin, on dit: Un rôle de surveillance globale de qualité et du recours et des services rendus, dans le sens de l'amélioration de la qualité, nous amènerait à faire des recommandations au réseau et à faire des recommandations aux établissements, qui pourraient aller jusque-là, c'est-à-dire qu'on pourrait se rendre compte que le même type d'établissement pour le même type de plainte a le même type de

comportement. Là, on pourrait adresser une recommandation au réseau, soit établissement, soit régie, soit mission d'établissement, soit association d'établissements pour leur dire: On s'est rendu compte de cela, cela, cela, puis on vous demanderait, dans les délais x, y, d'agir, ce qu'on n'a pas comme pouvoir, ce qu'on aurait dans un pouvoir de surveillance, parce qu'on va plus loin que la ministre, on va au réseau aussi en recommandation.

**Mme Barbeau:** O.K. Pour continuer dans la même veine, ça a été soulevé tantôt par rapport à... Si vous voyez quelque chose qui serait fait un peu partout, puis c'est un peu systémique, vous l'avez même dit tout à l'heure, est-ce que vous allez faire des recommandations aussi au ministère et au ministre, ou à la ministre?

**Mme Côté (Rosette):** Oui.

**Mme Barbeau:** De la même façon, avec des délais aussi?

**Mme Côté (Rosette):** Oui. Pas des délais. L'intervention auprès du gouvernement ou de la ministre pourrait prendre différentes formes. Elle peut prendre la forme d'un avis structuré, en plusieurs pages, qui documente la réalité largement. Elle peut prendre la forme d'un avis plus court, sur une question, en disant: Cette question-là, il y a une récurrence, et nous vous demanderions de bouger. Je vais vous faire un exemple d'un court avis qu'on a envoyé, au sujet des services, à la ministre, au sujet des services en orthophonie dans une des régions où les services étaient vraiment inaccessibles, en physiothérapie aussi. Alors, ça peut prendre la forme d'un court avis. Puis ça peut prendre... d'une lettre, ce que j'ai fait dernièrement, en disant: Ce n'est pas coutumier qu'au nom d'une plainte je fasse une lettre. Puis là cette lettre demandait qu'il y ait des changements à x, y.

Bien sûr qu'il reste au gouvernement de décider qu'est-ce qu'il fait avec les avis, qu'est-ce qu'il fait avec les lettres, qu'est-ce qu'il fait avec les interventions. Ça ne va pas jusqu'à donner des ordres à un ministre ou à un gouvernement. Mais ça soulève les problèmes, ça pose les problèmes du point de vue des usagers au sujet soit de l'équité ou bien des entorses aux droits ou d'une qualité de service inégale ou d'une accessibilité qui est inégale selon une région, selon un service diagnostique, et ça dit: Bien là il y a un problème, voulez-vous, s'il vous plaît, faire quelque chose.

**Mme Barbeau:** Est-ce que ça, c'est publié quelque part?

**Mme Côté (Rosette):** La loi ne prévoyait rien. Maintenant, la loi va prévoir une façon de faire.

**Mme Barbeau:** Ce que vous demandez, c'est là-dedans aussi.

**Mme Côté (Rosette):** C'est ça.

**Mme Barbeau:** O.K.

**Mme Côté (Rosette):** Dans ce qu'on demande, le premier avis, celui de février dernier, la loi va prévoir une façon de faire pour rendre publics les avis. Donc, la loi va donner à cette fonction-là la possibilité de rendre public n'importe quel avis, sous n'importe quelle forme, quand bon il le semble, à n'importe quelle fréquence. Ce qui n'était pas dans la loi actuellement.

**Mme Barbeau:** O.K.

**Mme Côté (Rosette):** Puis sur n'importe quel sujet, entre guillemets, soit parce que des plaintes sont récurrentes ou parce qu'il y a un mandat d'initiative qui est utilisé.

**Mme Barbeau:** O.K. Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme la députée de Mille-Îles.

#### Fonctionnement des organismes d'assistance et d'accompagnement pour la formulation de plaintes

**Mme Leduc:** Alors, on a... Avant qu'on termine, vous avez... Quand même, on a beaucoup parlé des plaintes, parce que c'est votre rôle principal, mais je remarque que, dans votre plan stratégique, vous avez aussi l'aide et l'assistance par l'article 58 de la loi qui stipule que «le Commissaire aux plaintes doit prêter assistance ou assurer que soit prêté une assistance» et, ensuite, en allant un petit peu plus loin, à la page 6, on parle que vous ne faites pas ça directement mais que, dans chaque région, il y a un organisme communautaire qui doit s'assurer d'accompagner les gens qui veulent faire des plaintes. J'aimerais que vous me parliez un peu de comment ça fonctionne, si ça fonctionne bien, est-ce que...

Là vous avez parlé aussi, dans votre introduction, qu'il y avait un certain nombre de plaintes que c'était nouveau, 5 % pour les organismes communautaires. Est-ce que c'est ces organismes-là dont vous parliez à ce moment-là? Alors, j'aimerais que vous — Ha, ha, ha! O.K.? — m'éclairiez un peu là-dessus.

**Mme Côté (Rosette):** Oui. La loi prévoit que, dans chacune des régions, il y a ce qu'on appelle un organisme d'assistance et d'accompagnement, qui est proposé par le milieu et mandaté par le ministre, avec un budget conséquent. Ces organismes-là sont des organismes qui sont dédiés à l'accompagnement et à l'assistance des personnes qui portent des plaintes. Et toute personne peut faire appel à ces services. Ce sont des organismes qui travaillent assez bien dans les régions. C'est inégal. Ils se sont donné une façon de faire qui est assez identique. Ils reçoivent un nombre de plaintes... un nombre d'usagers que nous ne voyons pas. Ils font un travail intéressant, beaucoup d'usagers — dont parlait M. le député, dans son comté — ils reçoivent beaucoup de gens qui viennent, voudraient porter plainte, ils ne savent pas comment faire, puis ils se sont donné comme objectif de travailler à cela.

Nous, dans la loi, on a aussi l'obligation de prêter assistance et accompagnement aux usagers à la fois lorsqu'on fait le service de plainte mais aussi un service à la population. Et c'est ce qui m'a amené à faire un service de 1-800 et d'avoir deux points de service, une ligne sans frais. Et là on fait un travail d'explication du régime, de référence dans l'établissement. On donne le nom de la personne responsable de l'établissement ou de la régie, ou, si la personne s'est trompée de service, on lui dit: Bon, votre plainte, c'est la RAMQ; alors, le numéro de téléphone de la personne responsable des plaintes, c'est ça.

Donc, un service d'information, d'assistance, de référence et d'accompagnement, soit pour un service direct, à la population, de renseignements ou un service de plaintes. Mais la loi fait obligation. Et le législateur des années 1993 a choisi, dans le fond, que ce ne soit pas des avocats, entre guillemets, qui accompagnent les usagers dans les établissements mais que ce soit les organismes d'assistance et d'accompagnement. Mais ce n'est pas exclu.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Côté.

● (12 h 20) ●

**Mme Leduc:** Est-ce qu'il est possible d'avoir — parce que j'avoue mon ignorance — la liste des organismes qui sont mandatés pour accompagner ces personnes-là? Je trouve ça intéressant...

**Mme Côté (Rosette):** Oui, je pourrais vous les faire parvenir.

**Mme Leduc:** ...parce que, quand ils viennent à notre bureau, ça serait comme intéressant de pouvoir les informer qu'il existe justement cette instance-là pour les accompagner dans leur demande.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, c'est une liste que vous pourriez faire parvenir au secrétariat de la commission. Merci.

#### Plan de communication pour faire connaître les services du Commissaire aux plaintes

**Mme Leduc:** Oui. O.K. Et l'autre question va un peu dans le sens: Est-ce que vous avez... On a mentionné en début de séance que possiblement votre rôle, votre fonction n'étaient pas extrêmement connus de l'ensemble de la population et peut-être plus particulièrement des gens qui ont besoin d'avoir recours. J'essayais de regarder dans votre plan stratégique, je n'ai pas pu m'y rendre. En tout cas, si vous avez un plan de communication ou un plan d'information pour faire connaître et voir à ce que finalement tout le monde qui devrait avoir accès à vos services l'aient, sachent que ça existe... Comment vous pensez fonctionner? Vous avez fait une tournée, est-ce qu'il y a d'autre chose?

**Mme Côté (Rosette):** C'est sûr que va découler du plan stratégique qu'on vous a déposé, là, qui est frais, qui a été fini la semaine dernière... Il devrait y avoir un plan modeste de communication, parce que c'est des sous extrêmement importants puis je ne

choisis pas vraiment comme priorité de mettre de l'argent dans de la publicité. Alors, ce qu'on fait, on a choisi plutôt de remettre à jour nos outils et de les envoyer dans tous les établissements, de faire un service à la population aussi comme on fait. Je dirais que, quand je fais une sortie publique ou que je fais quelque chose, je vais dans une région, ça a pour effet d'augmenter une certaine crédibilité de la fonction. Et on va se donner probablement comme objectif d'aussi faire une tournée pour faire connaître les amendements, lorsque les amendements vont être passés devant l'Assemblée nationale, et probablement que j'en profiterais aussi pour faire le tour des médias. Parce que souvent faire le tour des médias, ça donne une grande chance de crédibilité de la fonction, et les personnes aussi nous disent que c'est comme ça qu'elles apprennent qu'elle existe.

En plus, bien, au local, c'est important que le commissaire local soit aussi connu. Donc, je pense qu'il va falloir que l'établissement se donne aussi une façon de faire connaître le commissaire local. Et le commissaire local ou le responsable a l'obligation actuellement d'informer les usagers du recours. Alors, depuis que je suis arrivée, on n'a pas revérifié systématiquement dans les établissements. Il y avait des brochures où il y avait des formulaires qui expliquent le recours. Ça, il va falloir qu'on surveille ça de plus près.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Côté. Ça va, madame...

**Mme Leduc:** Bien, je vous remercie. Je vous remercie — probablement que c'est ma dernière intervention — pour l'ensemble de votre présentation. Je pense que ça nous a quand même éclairé beaucoup sur votre rôle, et c'était assez précis et bien.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, dernière intervention, M. le député de Châteauguay.

#### Diffusion des avis et des recommandations du Commissaire aux plaintes

**M. Fournier:** Merci. Je vais m'inscrire dans la foulée de notre collègue de Vanier qui parlait de vos avis qui ont été publiés... ou qu'elle se demandait s'ils avaient été publiés, et vous lui avez répondu: Bien, justement avec les amendements, il y aura un cadre qui va nous amener à pouvoir les rendre publics. Je m'inscris dans sa foulée pour vous demander si c'est possible de déposer à l'Assemblée l'ensemble de vos avis ou correspondances que vous avez pu avoir avec le ministère depuis, disons, 1998, pour qu'on puisse suivre le cheminement que vous avez accompli. Notamment, là, il y avait un avis sur les... — c'était en orthophonie tantôt, je pense, vous avez dit — ...

**Une voix:** ...

**M. Fournier:** ...qui peut être très intéressant, j'imagine, à prendre connaissance. Alors, est-ce que c'est possible pour vous de déposer l'ensemble de ces documents-là à la commission?

**Mme Côté (Rosette):** Bien, pour les avis à la ministre, vous en avez déjà deux. Je vais juste un peu clarifier, puisque vous voulez. Les avis à la ministre, il y en a déjà deux, qui sont ici. Il y a des avis qu'on est en voie de préparer; alors, lorsqu'ils seront prêts, je vais vous les faire parvenir. Pour les quelques lettres, en les dénominalisant, ça ne posera probablement pas de problème, parce qu'il ne faut pas que vous sachiez quelle personne est concernée. Et puis le rapport Dicaire, je vais vous le donner — vous l'avez demandé. Ensuite, si vous voulez sur les personnes âgées, à la Commission des droits de la personne, on pourra vous le faire parvenir. Et ensuite, si vous voulez aussi, pour Arpin, lorsqu'on a participé aux audiences du comité Arpin, on pourra aussi vous le faire.

**M. Fournier:** En fait, je pense que ce qui pourrait être utile, peut-être par le biais de la commission, si on cherche, en attendant, un moyen de saisir la population et les parlementaires de vos opinions et vos avis, moi, je pense qu'on pourrait saisir à la volée votre participation ici et dire qu'à l'avenir tout ce que vous avez déjà et, pour l'avenir, tout ce que vous sortirez pourrait, le jour même de la remise à la ministre, être envoyé à la commission. Et on pourrait tous ensemble en prendre connaissance. Enfin, c'est une suggestion que je vous fais. Je comprends que, légalement, je ne peux pas vous y tenir, mais je comprends qu'en m'adressant à vous je suis à la bonne personne pour faire faire cette demande-là.

J'ai une petite question qui va vous intéresser, parce que vous souhaitez que les amendements, ce que vous avez déposé dans les avis, puissent se réaliser. Et tantôt on parlait quand est-ce que Mme la ministre avait donné un peu son son de cloche par rapport à vos recommandations du mois de février dernier. Je vais vous aider, c'était facile, c'était le jour où s'entamait notre congrès de l'opposition officielle et où on parlait notamment beaucoup de la santé. Alors, c'était ce jour-là qui avait été choisi, autant par elle, et on vous fait parler aussi dans une revue de presse, ça tombait à pile, très, très à point en la matière politique d'utiliser les travaux de votre groupe à des fins partisanes.

#### Rapport Francoeur

Ceci étant, je ne m'étendrai pas plus longtemps là-dessus, la ministre disait à ce moment-là: elle fait siennes bon nombre de recommandations, elle attend, avant de procéder, le dépôt en décembre du rapport Francoeur sur les accidents médicaux évitables. Alors, ma question à vous, qui devez suivre ça de très, très près, parce que vous avez hâte que les amendements soient déposés et éventuellement adoptés: Est-ce que vous savez c'est rendu où, le rapport Francoeur, si ça a été déposé et...

**Mme Côté (Rosette):** On ne le sait pas. Nous croyons que ça a été déposé, mais nous ne savons pas, parce que M. Francoeur avait dit qu'il allait nous en donner une copie, puis on en n'a pas reçu, puis normalement il est assez fidèle. Alors, on ne sait pas.

**M. Fournier:** On va peut-être l'entendre ici, puis on pourrait lui demander qu'il nous dépose ces documents et on pourrait vous les envoyer.

**Mme Côté (Rosette):** Ah! bien, là.

#### **Coût d'implantation des amendements proposés par le Commissaire aux plaintes**

**M. Fournier:** Dernière question, puisque le temps file: Les amendements en question, est-ce que vous avez fait une évaluation des coûts que représenterait l'adoption d'amendements comme ceux que vous envisagez?

**Mme Côté (Rosette):** Oui, on a fait une évaluation des coûts. Bien, on l'a fait surtout dans le plan d'organisation. Ce qu'on a remarqué, on est allé sur la base du nombre de plaintes qu'on avait actuellement, du nombre de plaintes qu'on pouvait avoir dans un contexte où le deuxième palier allait avoir une fonction juste pour les compétences spécifiques des régies, mais on n'a pas calculé, dans les régies, la portion du budget qui sert à la partie de la plainte en deuxième instance. On ne l'a pas calculée. Mais, pour nous, ça nous amènerait, sur un plan de deux à trois ans à peu près, à tripler de personnel.

C'est-à-dire qu'actuellement on a 14 personnes, on en arriverait probablement à avoir 42, 43 personnes sur une période de deux, trois ans, avec des objectifs de résultat quantifiés où on a un certain nombre de plaintes par personne par année, un certain nombre de mandats d'initiative. Il y aura les mandats de recherche, parce que là il y aura les mandats de surveillance, d'analyse. Alors, ça nous amènerait à avoir à peu près 45 personnes lorsque la vitesse de croisière pourrait être commencée.

Mais je ne crois pas que ce soit une organisation qui devrait excéder autour de 50 personnes, parce que l'objectif qu'on poursuit, ce n'est pas de ramener en haut tout le travail, c'est de forcer un travail bien fait en bas avec des moyens pour qu'il soit bien fait et d'amener les régies régionales à surveiller la qualité sur les résultats. Et ce qui viendra chez nous, ce sera vraiment quelque chose qui sera systémique, d'ordre général, un problème de financement, un problème de... Alors, c'est à peu près ça, ça nous amène à tripler le personnel actuel.

**M. Fournier:** Ça, c'est le personnel de...

**Mme Côté (Rosette):** De chez nous.

**M. Fournier:** ...de chez vous.

**Mme Côté (Rosette):** Oui.

**M. Fournier:** Est-ce que, dans les régies, il n'y aurait pas aussi un...

**Mme Côté (Rosette):** Dans les régies, la personne qui s'occupe actuellement des plaintes, il y a une partie de travail qu'elle n'aura pas, elle va avoir juste le nombre de plaintes qui est beaucoup moins grand au

sujet de ses compétences. Et puis il y a déjà dans les régies la nécessité de surveiller la qualité, alors il y a une partie du travail qu'ils faisaient qui va être sur la qualité.

**M. Fournier:** Selon vous, il n'y aurait pas d'impact au niveau des régies? Elles n'auraient pas besoin de personnel de plus?

**Mme Côté (Rosette):** On fait l'hypothèse qu'il devrait y avoir une réduction. Il devrait y avoir une réduction des coûts que ça leur coûte actuellement pour faire le service des plaintes, puisqu'ils n'auront plus de deuxième niveau, ils n'auront plus à revoir les... Quand je vous disais qu'il y avait 792 plaintes dans le rapport, alors ils n'auront plus à en voir que 250. Il devrait y avoir là des économies pour les régies régionales, il leur restera un 250 plaintes, au total, qui concernent leurs compétences. Est-ce que j'ai été claire? Ça va?

**M. Fournier:** Bien, je me demandais juste, comme le deuxième niveau devient le premier niveau, est-ce qu'il n'y aurait pas justement une surcharge si c'est à la régie qu'on fait la plainte plutôt qu'à l'établissement?

● (12 h 30) ●

**Mme Côté (Rosette):** Non, ce n'est pas comme ça. C'est que, actuellement, l'établissement continue à garder ses compétences liées au service direct. La régie, elle avait dans la loi, et on lui fait conserver, des compétences sur la qualité des services dans les organismes communautaires, services préhospitaliers d'urgence et puis les CHSLD privés conventionnés, elles garderaient cela. Donc, il faut qu'elles se gardent un service de la qualité pour au moins ces trois types de plaintes. Mais, dans tout le Québec, au moment où on se parle, c'est 250 plaintes, ça. Puis quand vous pensez qu'il y a le deux tiers dans Montréal, il n'en reste quand même plus beaucoup de plaintes qu'ils vont traiter. On s'entend? Mais on dit qu'il faut que la qualité soit quand même... Alors, il va y avoir de l'économie, là. Mais nous, il va y en avoir plus, parce qu'on va être un deuxième palier. Alors, il faut s'arranger pour que ça travaille mieux en bas.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, ceci met fin à nos travaux. Alors, Mme Côté, Mme Presseault, MM. Bourbonnais et Madden, merci infiniment d'avoir accepté de rencontrer les membres de la commission. Comme vous le savez, ça s'inscrit dans le cadre des mandats de surveillance qu'a la commission en vertu de sa réglementation, les règlements de l'Assemblée nationale. Ça a été très intéressant. Ça a permis, bien sûr, d'alimenter notre réflexion mais aussi de mieux connaître le travail que vous effectuez. Alors, encore une fois, merci beaucoup, et, si la commission peut vous être utile dans... bon, à quelque niveau que ce soit, ça nous fera toujours plaisir. Merci.

Je suspends les travaux de la commission, pour un autre mandat, à 14 heures cet après-midi.

(Suspension de la séance à 12 h 31)

(Reprise à 14 h 7)

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je vous souhaite la bienvenue. La commission des affaires sociales est réunie pour entendre l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé dans le cadre de l'examen de ses orientations, de ses activités et de sa gestion.

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

**La Secrétaire:** Oui, Mme la Présidente. Alors, M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) va être remplacé par M. Williams (Nelligan); Mme Loïselle (Saint-Henri—Sainte-Anne) par M. Kelley (Jacques-Cartier).

#### **Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé**

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, je souhaite la bienvenue au Dr Renaldo Battista, qui est président-directeur général, de même qu'à M. Jean-Marie Lance, qui est directeur scientifique.

Alors, je vous rappelle que nous avons jusqu'à 17 heures, et, bien sûr, vous avez environ une trentaine de minutes pour la présentation de votre exposé. Par la suite, nous compléterons avec les échanges entre les membres de la commission par des questions et réponses.

Alors, Dr Battista, vous avez le temps qu'il vous faut pour faire la présentation de votre exposé. Je vous cède la parole.

#### **Exposé du président-directeur général de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé**

**M. Renaldo N. Battista**

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, Mmes, MM. les députés, nous tenons d'abord à vous remercier pour nous donner l'occasion de vous présenter l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, qui existe depuis juin 2000 mais qui, de fait, poursuit de façon amplifiée la mission du Conseil d'évaluation des technologies de la santé qui existait depuis 1988. Je vous ai distribué une copie des diapositives que nous allons parcourir ensemble, et tout est à l'écran également.

● (14 h 10) ●

Donc, au menu de cette présentation, j'aimerais, dans un premier temps, vous broser un historique rapide de l'évolution du Conseil d'évaluation, du CETS, vers l'Agence d'évaluation, l'AETMIS, pour ensuite vous parler du mandat et de la mission de l'Agence, définir et situer ce que c'est que l'évaluation des technologies de la santé de façon beaucoup plus large, en relation avec la recherche et les décisions, vous parler de l'organisation de l'AETMIS, des étapes de l'évaluation, vous présenter aussi quelques exemples de sujets qui ont fait l'objet d'études depuis 1988 et aussi vous parler de l'impact documenté de nos travaux sur le système de santé. Enfin, j'aimerais vous parler de quelques-uns des travaux qui sont en cours et terminés

en discutant des défis qui attendent l'Agence d'évaluation.

D'abord, un peu d'histoire. En 1988, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé a été créé — le décret de nomination avait été émis en juillet 1988 — et, à l'époque, le CETS relevait du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce qui est intéressant, c'est qu'au départ le Conseil d'évaluation avait été créé avec une clause crépusculaire qui obligeait le Conseil à se soumettre à une évaluation externe qui a été faite en 1991 par la firme Price Waterhouse, et, suite à une évaluation positive en 1991, le CETS a été installé comme organisme permanent par un nouveau décret en 1992. En 1994, je suis devenu président du Conseil d'évaluation et Jean-Marie Lance est devenu directeur de l'organisme, et une de nos priorités à ce moment-là était vraiment d'intensifier les liens que nous avions déjà établis avec certains de nos partenaires décideurs. Et, en décembre 1998, un autre moment important dans la vie du Conseil d'évaluation: suite aux élections de 1998, le Conseil d'évaluation a été rattaché au ministre de la Recherche, de la Science et de la Technologie. Nous arrivons enfin au 28 juin 2000 alors qu'un décret du Conseil des ministres remplace le Conseil d'évaluation par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ou AETMIS, et la prochaine étape dans la vie de l'organisme sera le dépôt, en avril 2001, du plan stratégique de l'organisme pour 2001-2004 par le ministre de la Recherche, de la Science et de la Technologie à l'Assemblée nationale. Donc, voilà brossée rapidement un peu l'histoire de l'organisme.

Quand on parle de technologies de la santé, il est important de s'entendre sur une définition. La définition que nous utilisons est large dans la mesure où les technologies de la santé, pour nous, englobent l'ensemble des moyens physiques mis en oeuvre pour la distribution des soins incluant les médicaments, les instruments, l'appareillage, les procédures et les systèmes organisationnels de support, les interventions de prévention primaire, de dépistage précoce et de réadaptation ainsi que les modes de soins alternatifs. En somme, le menu au programme de l'Agence d'évaluation est extrêmement vaste, et vous pourrez le voir quand je vais vous présenter certains des exemples de travaux que nous avons effectués depuis quelques années.

Le mandat de l'Agence d'évaluation est essentiellement d'une part de soutenir le ministre de la Recherche, de la Science et de la Technologie ainsi que les instances décisionnelles du système de santé en matière d'évaluation des technologies de la santé et aussi de participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique québécoise de la science et de l'innovation.

La mission de l'AETMIS peut se résumer en quatre volets. Le premier est la production de rapports d'évaluation, rapports d'évaluation sur l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé dont les aides techniques pour personnes handicapées, un mandat que nous avons hérité de l'ancien Conseil consultatif des aides technologiques qui a été aboli en 1998, et aussi rapports d'évaluation — et ça, c'est vraiment nouveau — dans le décret de constitution du

mois de juin, l'amplification du mandat de l'Agence et dans le sens de faire des évaluations maintenant de modes d'intervention comprenant les modalités de dispensation et d'organisation de services spécifiques.

En regard de ce volet de la mission de l'AETMIS, nous sommes à l'Agence dans un processus de réorganisation scientifique dont M. Lance pourra vous parler plus en détail. Essentiellement, ce que nous tentons de faire en ce moment, c'est de trouver des moyens pour augmenter la capacité de production scientifique de l'organisme en combinant une production interne qui va certainement continuer mais aussi en établissant des partenariats entre l'Agence d'évaluation et les réseaux de recherche du FRSQ par exemple — du Fonds de la recherche en santé du Québec — de façon à ce que ce qui est produit par les chercheurs serve vraiment aux décideurs, et une autre piste que nous examinons en ce moment, c'est de développer vraiment une stratégie d'adaptation de documents d'évaluation qui sont produits dans des organismes comme le nôtre ailleurs au Canada et partout dans le monde. Depuis une quinzaine d'années, plusieurs pays se sont dotés d'organismes d'évaluation des technologies de la santé. Tous ces organismes sont réunis dans un réseau international et, donc, de plus en plus la possibilité d'adapter ce qui est fait ailleurs, de la même façon que nos documents sont adaptés dans d'autres pays, permet de répondre à des demandes d'évaluation de façon beaucoup plus rapide. Donc, le premier volet de la mission de l'AETMIS est la production de rapports d'évaluation.

Le deuxième volet est ce qu'on appelle le transfert des connaissances et la diffusion des résultats d'évaluation. Dans ce cas-ci, il s'agit pour l'Agence de renforcer et de consolider les liens que nous avons établis avec tous les partenaires du réseau de la santé et des intervenants concernés, que ce soit le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, les régies régionales, les milieux universitaires, professionnels, hospitaliers, industriels et autres et aussi le grand public. Et, par rapport au grand public, nous amorçons un travail de vulgarisation que nous n'avons pas eu l'occasion de faire à date, mais notre intention, c'est certainement de développer des activités grand public dans les années qui viennent. Donc, le volet transfert des connaissances nous permet également de nous inscrire dans l'esprit de la politique québécoise de la science et de l'innovation, puisque le transfert des connaissances est un des piliers fondateurs de cette politique.

Le troisième volet de la mission de l'AETMIS est la formation, c'est-à-dire que l'Agence participe à la diffusion de cette nouvelle culture de l'évaluation. De façon pratique, nous participons en ce moment, comme agence, au développement d'un programme de maîtrise internationale en évaluation et gestion des technologies de la santé, et l'Agence d'évaluation devient un site de formation et d'accueil. C'est un projet sur trois ans, qui est financé conjointement par le gouvernement canadien et la communauté européenne. Il y a 10 partenaires d'impliqués, cinq universités au Canada dont deux au Québec, cinq agences d'évaluation qui incluent également des partenaires en Espagne et en Italie. Donc, ça, c'est un projet qui a démarré il y a un an. La

première cohorte de 35 étudiants devrait commencer au mois d'octobre prochain et l'Agence d'évaluation est un partenaire à part entière dans ce projet.

● (14 h 20) ●

Enfin, le quatrième volet de la mission de l'AETMIS est le rayonnement de l'expertise scientifique québécoise et, dans ce contexte, il s'agit pour l'Agence de consolider et de renforcer les échanges et les liens de coopération que nous avons établis depuis 12 ans avec d'autres organismes au Canada et dans d'autres pays. Donc, voilà en quelques mots la mission de l'Agence, telle que décrite dans le décret de constitution.

Il est important maintenant de mieux comprendre ce que c'est que l'évaluation des technologies de la santé et la façon de définir cette activité spécifique qui est la nôtre et de l'inscrire dans une continuité. En somme, ce que nous tentons de faire à l'AETMIS, c'est de rétablir ou d'établir des ponts, un contact entre le monde de la recherche et l'univers des décisions. Ce qui fait que le point de départ de nos activités d'évaluation, c'est vraiment la production des connaissances. Donc, toutes les activités de recherche constituent vraiment la fondation sur laquelle nous construisons nos activités d'évaluation, d'où l'importance pour nous d'être en contact direct avec les chercheurs, les organismes subventionnaires, les réseaux de recherche.

Donc, la production de connaissances, c'est le point de départ en somme de toute activité de rationalisation d'un système de santé. Évidemment, depuis plusieurs années, devant l'augmentation des connaissances dans le domaine de la santé, nous avons également développé des outils qui nous permettent de faire des synthèses d'information et, donc, nous utilisons une variété d'outils qui nous permettent de combiner des informations qui viennent de différentes études, et, bien sûr, des banques de données, qui sont formées à partir des données du système même, deviennent également une autre source d'information. Donc, à partir de ces trois sources d'information — banques de données, synthèse et connaissances — nous arrivons à définir le concept d'évaluation des technologies — prochaine diapositive et la prochaine également.

En somme, l'évaluation des technologies peut se définir comme une activité à départ scientifique, donc nous tentons d'intégrer des informations sur l'efficacité et l'efficience des interventions dans le domaine de la santé, nous intégrons ces informations avec un ensemble de facteurs éthiques et sociaux en vue d'éclairer des décideurs. Et, en somme, la raison d'être de l'évaluation et de l'Agence d'évaluation est vraiment d'avoir un impact au niveau de la décision.

Cet impact, nous tentons de l'avoir à trois niveaux essentiellement dans le système de santé: d'abord, le niveau macro de décision, c'est-à-dire sur les politiques de santé. Un exemple précis serait un travail que nous ferions pour évaluer l'efficacité d'un programme de vaccination et, donc, fonction des résultats de cette évaluation-là, le ministère de la Santé serait en mesure d'implanter ou non un programme de vaccination pour l'ensemble du Québec. Un deuxième niveau d'impact de nos travaux, c'est le niveau méso, le niveau de gestion institutionnel. Un exemple de travaux qui impactent à ce niveau-là, c'est un travail que nous faisons en ce moment sur l'évaluation de la tomographie

par positrons, donc c'est un appareil d'imagerie médicale qui coûte 10 millions pièce; ce travail devrait être terminé au printemps 2001. Et, suite à ce que nous allons trouver, les institutions, les centres hospitaliers universitaires seront en mesure de décider si oui ou non, acheter cet équipement... est-ce qu'on ne pourrait pas partager l'équipement par exemple, donc un exemple d'impact au niveau qu'on appelle méso, de gestion institutionnelle.

Le troisième niveau d'impact de nos travaux, c'est le niveau micro, c'est-à-dire le niveau de la pratique clinique, en particulier les médecins, mais certainement aussi les infirmières et les autres professionnels de la santé. Et, dans ce contexte-là, les travaux scientifiques ou techniques de l'Agence parfois peuvent mener à l'élaboration et à l'implantation de ce qu'on appelle les «lignes directrices de pratique clinique», qui sont développées en collaboration avec les professionnels eux-mêmes, que ce soit le Collège des médecins, que ce soient les fédérations de médecins, et qui tentent d'apporter un éclairage supplémentaire aux praticiens dans le milieu. Évidemment, au niveau micro, on pourra penser éventuellement à un impact auprès du public, et donc, c'est l'intention de l'Agence, dans les prochaines années, de développer des activités d'information grand public.

Pour compléter cette boucle de l'évaluation ou d'une approche rationnelle à la planification des systèmes de santé, il est clair que, une fois les décisions prises, que ce soit au niveau macro, méso ou micro, il y a un ensemble d'activités qu'on appelle des activités d'évaluation de la qualité des services ou d'évaluation d'impact qui permettent justement d'identifier des trous de connaissances — donc, on retourne à la production de connaissances — mais aussi, ces évaluations d'impact des services permettent justement de constituer des banques de données qui, elles, à nouveau seront utilisées dans une boucle d'évaluation.

En somme, je pense que le message qu'il est important de retenir, c'est que l'activité d'évaluation de l'Agence d'évaluation est une activité qui est reliée intimement à d'autres acteurs dans le système de santé, que ce soient les producteurs d'information, donc les chercheurs, mais aussi les décideurs, et, en somme, ce que nous tentons de faire, c'est vraiment le pont entre ces univers qui fonctionnent selon des logiques relativement différentes — oui, on peut passer à la suivante. Donc, en somme, pour résumer, nous travaillons un peu à l'interface entre le savoir scientifique et la décision éclairée.

Parlons maintenant de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, donc le mode d'organisation de notre organisme. Donc, l'AETMIS relève du ministre de la Recherche, de la Science et de la Technologie. Le président-directeur général est assisté d'un conseil de 14 membres qui sont nommés par le Conseil des ministres. Ce qu'il est intéressant de mentionner ici, c'est que le conseil de l'Agence est constitué de personnes qui sont choisies en raison de leur appartenance disciplinaire. Donc, il n'y a aucun organisme qui est représenté au niveau du conseil de l'Agence, ce qui permet à l'Agence d'avoir une marge d'autonomie et ce qui permet aussi à l'Agence de bénéficier de l'expertise d'experts qui viennent d'un

ensemble de disciplines, que ce soit la médecine, l'épidémiologie, le nursing, l'économie, l'éthique, le droit. Donc, le conseil de l'Agence, c'est vraiment un conseil qui est interdisciplinaire.

En raison du rattachement récent de l'AETMIS au ministre de la Recherche, dans le décret de constitution de juin 2000, il a été prévu que l'Agence se dote aussi d'un comité d'orientation qui sera formé de partenaires et de représentants des organismes du monde de la santé et des services sociaux. Nous sommes à constituer ce comité, qui devrait être opérationnel d'ici un mois et demi. Donc, le rôle de ce comité d'orientation est vraiment d'aider l'Agence, d'une part, à prioriser les sujets sur lesquels nous allons travailler et, d'autre part, de faciliter aussi la diffusion des travaux de l'Agence vers les partenaires.

Depuis le mois de septembre, nous avons réorganisé l'Agence selon quatre secteurs: le secteur de la présidence, qui s'occupe surtout des dossiers d'interface de l'organisme avec d'autres organismes québécois, canadiens et internationaux, le secteur de la direction scientifique, le secteur de l'administration et le secteur des communications. De plus, nous avons mis sur pied récemment un comité de régie interne formé de représentants de ces quatre secteurs, ce qui nous permet de suivre au quotidien ce que nous faisons.

● (14 h 30) ●

En termes de budget, le budget de l'AETMIS est un budget qui est modeste et qui est demeuré stable depuis six ans, un budget de 1,5 million de dollars qui est réparti en deux volets: 960 000 \$ de budget d'opération, dont 496 000 \$ vont à des salaires et 463 000 \$ pour le fonctionnement de l'Agence, et un budget d'études de 540 000 \$ par année, qui nous permet justement d'augmenter la capacité scientifique de l'Agence par des contrats avec des chercheurs.

En ce moment, à l'Agence, nous avons 13 personnes qui sont des équivalents temps complet, dont le P.D.G., le directeur scientifique, quatre chercheurs, un agent de communication, trois secrétaires, deux documentalistes et un coordonnateur administratif. Donc, c'est la permanence de l'Agence. À cela, nous ajoutons à peu près 15 à 17 chercheurs qui sont consultants, que nous payons directement à partir du budget de recherche. Donc, ici, tout simplement pour rappeler que l'interdisciplinarité se retrouve tant au niveau du conseil de l'Agence, conseil des membres nommés par le Conseil des ministres, qu'auprès des chercheurs de l'AETMIS, qui viennent justement d'horizons disciplinaires très différents, que ce soit l'administration de la santé, la bioéthique, la biologie moléculaire, la biotechnologie, le droit, l'économie, l'épidémiologie, la médecine, la pharmacie et la santé publique.

Passons maintenant à ce que sont les étapes du processus d'évaluation. Dans un premier temps, il s'agit de consulter largement pour établir les priorités; les demandes d'évaluation nous viennent de tous les partenaires du réseau, que ce soit du ministère de la santé, que ce soit des régies régionales, que ce soit des hôpitaux, des centres hospitaliers universitaires, le Collège des médecins. Donc, beaucoup des partenaires nous font des requêtes d'évaluation.

La deuxième étape consiste à prioriser. Donc, nous avons un ensemble de critères, des critères

relativement simples du type: Est-ce que le problème est important? Est-ce que les interventions sur lesquelles on nous demande de nous prononcer ont un potentiel d'efficacité? Quels sont les coûts associés à une maladie? Quel est le potentiel de réduction de coûts associés à l'utilisation d'une intervention? Donc, un ensemble de critères relativement simples qui nous permettent de prioriser les demandes qui nous arrivent.

Il y a plusieurs années, nous avons fait une enquête très large et détaillée de tous les partenaires pour établir les sujets d'évaluation, mais je dois vous dire que, quand on commence à travailler dans ce domaine-là, qu'on est en contact avec tous les partenaires, la priorisation, c'est un processus qui est continu, et, en somme, on est vraiment en contact et on est au courant de tout ce sur quoi nous devrions travailler.

On arrive ensuite à l'étape de la préparation du rapport. Parfois, le rapport est fait à l'interne avec les chercheurs permanents, parfois, c'est fait par des chercheurs consultants, mais, à tout moment dans le processus, intervient ce qu'on appelle la révision externe, c'est-à-dire que les membres du conseil de l'Agence renvoient les premiers manuscrits qui sont produits par les chercheurs, et, à un moment donné dans le processus, ce que nous produisons est envoyé à l'extérieur, auprès d'experts reconnus au Québec et ailleurs dans le monde, et cette étape de révision nous permet justement d'avoir des perspectives larges sur ce que nous développons, ce qui nous amène à développer une autre version des documents pour approbation officielle et, ensuite, dissémination large. Donc, un processus quand même qui est relativement simple.

Peut-être que je pourrais maintenant vous présenter certains exemples de sujets sur lesquels nous avons travaillé depuis quelques années. On peut peut-être résumer en disant que, entre avril 1997 et juin 2000, nous avons produit 18 rapports et deux notes techniques, et on peut regrouper ces travaux selon différents thèmes. Par exemple, nous avons travaillé sur des équipements et des installations; nous avons fait à un moment donné un travail sur l'imagerie par résonance magnétique, l'IRM; nous avons travaillé sur la lithotritie, un appareil qui permet de dissoudre des calculs biliaires; nous avons travaillé sur l'organisation des laboratoires de cathétérisme cardiaque; à d'autres moments, nous avons travaillé sur des appareils: par exemple, l'implant cochléaire qu'on peut utiliser chez des enfants sourds, les pompes cardiaques mécaniques, dont on a parlé récemment, qui permettent d'établir un pont vers la transplantation pour ceux ou celles qui ont des problèmes d'insuffisance cardiaque terminale, nous avons travaillé sur les hémodialyseurs utilisés avec des individus qui ont une insuffisance rénale; sur les cathéters, sur les défibrillateurs.

À d'autres moments, nous avons travaillé sur des instruments comme tels, par exemple un travail que nous avons fait sur le bilirubinomètre, qui est un appareil qui peut être utilisé à domicile pour détecter l'ictère ou la jaunisse du nouveau-né, et donc ça, c'est un document qui a mené par exemple les CLSC et les spécialistes de santé publique à décider d'implanter cet appareil dans le contexte du suivi postnatal. Nous avons travaillé aussi sur le thermographe.

À d'autres moments, nous avons travaillé sur des substances qui sont utilisées. Par exemple, un travail que nous avons fait il y a plusieurs années sur les opacifiants utilisés en radiologie nous avait permis de conclure qu'une nouvelle génération d'opacifiants qui semblaient plus efficaces mais qui coûtaient 10 fois plus cher pouvait être implantée, pouvait être introduite de façon beaucoup plus ciblée, de façon à ne pas augmenter les coûts de santé de façon inabordable. Donc ça, c'est un exemple d'un travail que nous avons fait il y a quelques années, qui avait eu un impact important au niveau du système, puisque la plupart des hôpitaux au Québec avaient décidé d'implanter une règle d'utilisation ciblée de ces opacifiants-là qui étaient très dispendieux.

Un travail que nous avons fait sur l'abciximab, c'est le Reopro, c'est un médicament qui est utilisé lors d'une angioplastie, donc lors de l'introduction de ce ballonnet dans l'artère coronaire pour dilater. C'est un médicament qui est utilisé lors d'une angioplastie, qui évite les récidives de ces sténoses de l'artère coronaire.

Nous avons travaillé sur les amalgames dentaires. Vous vous souvenez peut-être, il y a quelques années, on se demandait si les amalgames au plomb étaient nocifs pour la santé, s'ils devaient être remplacés, et donc, on avait produit un avis sur ce sujet.

À d'autres moments, on a travaillé sur des interventions, un document qui est en cours sur les transplantations d'organes, un autre sur la greffe de moelle osseuse, un autre sur l'angioplastie ou la revascularisation. Nous avons travaillé récemment sur les fameux lasers excimer utilisés en ophtalmologie. On en parle beaucoup, on a émis un certain nombre d'avis qui recommandent à la population d'être beaucoup plus prudente, faisant valoir quand même qu'il y a des effets secondaires à ce type de chirurgie. Nous avons travaillé sur la brachythérapie, un type de radiothérapie qui peut être utilisé dans les cas de cancer de la prostate. Nous avons travaillé sur l'obésité morbide, sur la cholécystectomie par laparoscopie.

D'autres exemples de sujets: récemment, nous avons travaillé sur l'évaluation de l'efficacité de la vaccination contre le pneumocoque et aussi sur l'efficacité de plusieurs programmes de dépistage du cancer et du dépistage génétique, que ce soit dans le cas du sein, de la prostate, du colon-rectum.

● (14 h 40) ●

Nous avons aussi fait des travaux pour évaluer l'impact de nouveaux modes d'organisation. Ça a été le cas quand nous avons examiné l'impact du congé précoce post-partum: quel est l'impact de retourner des jeunes mamans chez elles après 24 heures ou 48 heures? Nous avons travaillé aussi sur le suivi intensif en santé mentale, donc un mode d'organisation des services psychiatriques qui s'appuie de façon beaucoup plus importante sur les pratiques communautaires. Nous avons travaillé sur la télémédecine et nous avons aussi évalué, parfois, des pratiques professionnelles. Par exemple, à un moment donné, nous avons fait une étude de variation de l'implantation d'interventions chirurgicales et, il y a un an, nous avons examiné l'impact de l'introduction des sages-femmes en obstétrique. Alors, tout ça pour vous dire que le spectre sur lequel nous travaillons est extrêmement large.

Mais vous allez me demander: Quel a été l'impact de vos travaux? Si je me réfère à la figure que nous avons parcourue ensemble, il est certain que nous avons eu des impacts à différents niveaux du système: parfois, c'est au niveau macro d'organisation ou d'élaboration de politiques pour le Québec; parfois, c'est au niveau méso, quand nos travaux permettent aux gestionnaires de prendre des décisions; parfois, c'est au niveau micro, quand nos travaux permettent aux professionnels eux-mêmes de développer un certain nombre de lignes directrices.

L'impact comme tel de l'Agence a été évalué à quelques reprises: en 1992 d'abord, quand Price Waterhouse avait fait une évaluation externe, et, par la suite, un analyste du ministère de la Santé avait fait un exercice d'évaluation d'impact basé sur 22 rapports publiés à l'époque. Et, pour vous résumer un peu les résultats de cette évaluation, on avait démontré que l'Agence permettait d'effectuer des gains d'efficacité récurrents annuels de 19 millions de dollars. Ce que ça voulait dire, c'est que, dans le fond, les évaluations qui venaient de l'Agence et leur implantation permettaient justement de faire des économies de 19 millions de dollars par année qui pouvaient être réinjectés ailleurs dans le système, d'où gains d'efficacité.

Pour terminer, peut-être juste vous donner une perspective de quelques-uns des travaux qui sont en cours en ce moment. Nous travaillons beaucoup en ce moment sur les nouvelles technologies qui sont utilisées à domicile, qu'on parle d'alimentation parentérale, de l'hémodialyse à domicile, de l'oxygénothérapie. C'est une mode depuis quelques années de penser que tout devrait se passer à domicile. Je pense que nous découvrons de plus en plus qu'il y a peut-être une limite à transférer l'hôpital à domicile. Et donc, l'objet de ces travaux est de documenter exactement qu'est-ce qui fonctionne, qu'est-ce qui devrait être transféré à domicile, qu'est-ce qui doit être maintenu dans les hôpitaux tertiaires.

Nous travaillons également sur de nouveaux développements technologiques en radiochirurgie, que ce soit le Gamma Knife, donc, des appareils extrêmement performants qui permettent de faire de la radiothérapie très précise. Dans le cas du Gamma Knife, c'est un appareil qui est coûteux, qui coûte 5 millions pièce, mais qui est utilisé habituellement dans le traitement de tumeurs cérébrales, de métastases cérébrales. Et donc, nous sommes en train d'évaluer, dans ce cas-ci, quelles sont les indications pour ce genre de traitement et aussi combien d'appareils nous devrions utiliser ou acheter pour l'ensemble du Québec.

Nous avons, il y a quelques années, développé une unité d'évaluation dans le domaine de la génomique; c'est un domaine qui est en développement extrêmement rapide, comme vous le savez, et donc, nous avons quatre chercheurs qui travaillent essentiellement sur l'évaluation des nouveaux tests génétiques. Nous travaillons, en ce moment, sur différents cancers. Je vous ai parlé du travail que nous faisons sur la tomographie par émission de positrons appelés le PET scan, et ici, c'est un travail que nous faisons en collaboration avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le Comité québécois de lutte contre le cancer. Ce cas illustre aussi la volonté de

l'Agence d'expérimenter de nouvelles façons de faire, de nouvelles façons de faire des évaluations, et il nous semble que cette piste soit extrêmement prometteuse, dans le sens que nous pensons que d'impliquer les professionnels — dans ce cas-ci les médecins spécialistes — dans un processus d'évaluation peut augmenter les chances d'utiliser les recommandations de l'Agence, puisqu'ils auront participé à l'élaboration des recommandations.

D'autres travaux qui sont en cours. Nous réexaminons l'efficacité de l'électroconvulsiothérapie, les électrochocs utilisés en psychiatrie. Vous savez, cette technologie qui est tombée en désuétude il y a plusieurs années, ça revient en ce moment. Donc, nous sommes en train d'examiner quelles sont les indications précises pour cette technologie. D'autres travaux portent sur l'examen de substituts de peau humaine; dans certains cas, on peut utiliser des substituts synthétiques. Nous travaillons sur les appareils mobiles en radiographie; sur l'ostéoporose, qui est un problème de santé publique extrêmement important; sur les tests respiratoires pour l'helicobacter pylori, qui est une bactérie qui a été identifiée il y a quelques années comme étant responsable des ulcères peptiques, des ulcères d'estomac.

Enfin donc, pour terminer, quels sont les défis qui nous attendent? Dans un premier temps, le défi le plus important, c'est vraiment de revoir le mode de production scientifique de l'AETMIS pour augmenter la productivité. Ceci est devenu nécessaire parce que le développement technologique s'est accéléré depuis cinq ans. Et il est clair que, pour tenter de répondre efficacement aux besoins des décideurs, il faut qu'on arrive à produire nos avis de façon beaucoup plus efficace et plus rapide, d'où l'importance de raffermir les liens avec les partenaires chercheurs, les réseaux de recherche et aussi d'établir des collaborations avec d'autres organismes comme le nôtre, ailleurs dans le monde, qui travaillent de la même façon et qui nous permettent justement d'utiliser des avis qui sont produits ailleurs.

Autre défi est d'intensifier les activités de transfert des connaissances et, ce faisant, de contribuer à l'implantation de la politique québécoise de la science et de l'innovation, donc de consolider les liens que nous avons créés avec les décideurs et, de façon beaucoup plus large, de diffuser la culture de l'évaluation auprès du grand public. Il est clair que, devant les difficultés que nous rencontrons dans le système de santé actuellement, une des solutions est certainement d'amorcer peu à peu un débat public extrêmement large sur les limites que nous ne pouvons pas éviter de confronter éventuellement. Et je pense que la diffusion de la culture de l'évaluation peut contribuer à ce débat très large dans la population, dans la mesure où cette culture de l'évaluation peut nous amener à comprendre exactement quelle est toute la complexité des choix que nous devons et que nous devons faire encore plus dans l'avenir pour le système de santé.

Autre défi est de participer au développement de la discipline de l'évaluation en supportant les activités de recherche et de formation et, enfin, d'intensifier les échanges au plan international.

Donc, Mme la Présidente, Mmes, MM. les députés, je vais m'arrêter ici. M. Lance se fera un plaisir

aussi de répondre à des questions plus précises sur l'organisation scientifique de l'Agence. Et, encore une fois, merci de votre invitation.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, Dr Battista, je vous remercie. Vous avez fait quand même un bon portrait de ce que représente l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Je suis persuadée que les membres de cette commission auront sûrement beaucoup de questions à vous poser.

### Discussion générale

Alors, je commence par le député de Masson. Je vous cède la parole, M. le député de Masson.

#### Mode de fonctionnement de l'Agence

**M. Labbé:** Merci, Mme la Présidente. M. Battista, merci. M. Lance, je pense que ça va être intéressant, on va sûrement vous entendre dans quelques minutes. D'abord, merci, parce que j'en connais déjà beaucoup plus que j'en connaissais auparavant. Alors, ça va quand même très rapidement à ce niveau-là.

● (14 h 50) ●

Moi, j'ai une préoccupation. Quand vous dites, à un moment donné: Il faudrait être plus rapide au niveau de nos rapports, nos avis, j'avais la perception, moi, qu'à 18 par année, ce que vous avez fait actuellement — puis je regarde le type de commandes que vous avez eues — c'était déjà beaucoup, parce que, si on part du principe que ce que vous faites comme avis sert souvent aux décideurs à prendre des orientations qui vont avoir des impacts quand même à long terme, il y a souvent des clientèles qui sont en attente, et on n'a pas tellement le choix de se tromper là-dessus.

Moi, j'aimerais vous entendre à ce niveau-là: comment vous travaillez? C'est sûr qu'il y a sûrement des choses sur lesquelles vous travaillez en équipe, là. Quand on parle de technologies utilisées à domicile, vous n'avez pas tellement le choix, il faut mettre plusieurs disciplines à l'intérieur de ça. Quand on parle de l'alimentation parentale, c'est sûr que ça prend plusieurs personnes pour évaluer ça. Est-ce qu'on parle d'avis chez vous, un avis ponctuel là, au moment où on connaît les informations, à ce moment-ci, puis on pourrait émettre un deuxième avis dans six mois, par exemple, compte tenu qu'il y a eu d'autres développements ou compte tenu qu'on a appris d'autre chose ou si les avis que vous émettez, c'est vraiment de dire: On fait une étude complète du milieu, du domaine, et là, on prend une position claire qui dit, par exemple, que le traitement par hyperbare, ça a eu des impacts importants à ce niveau-là? C'est peut-être de vous demander, à ce stade-ci, de me définir un petit peu comment vous fonctionnez. Est-ce que vous êtes une étape parmi d'autres ou si vous êtes une sommité qui dit: Nous autres, voici, on a fait le tour de la question de A jusqu'à Z et on ne pense pas qu'il devrait y avoir d'autre chose, en tout cas, à ce stade-ci, il n'y a pas d'autre chose qui va sortir? Il peut arriver quelque chose par la suite, mais, pour nous autres, on a vraiment fait le tour de la question.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Battista ou M. Lance.

**M. Battista (Renaldo N.):** Je vais demander à M. Lance, oui.

**M. Lance (Jean-Marie):** D'accord, Mme la Présidente. Alors, disons que le genre de préoccupation, le genre de requête que nous avons peut être très différent, peut aborder des enjeux qui sont très diversifiés. Il y a certaines requêtes qui nous sont demandées, c'est vraiment de fournir un avis: faut-il planter ou non une nouvelle politique? Donc, on a fait un exemple: fallait-il planter un programme systématique de dépistage du cancer de la prostate? Donc, on a fait un dossier là-dessus et on a donné une réponse. Donc, on a fait le tour de la question à ce moment-là.

On a fait, par contre, un autre dossier sur la télémédecine, par exemple. Pour la télémédecine, ce n'était pas une requête formelle qui venait des instances, mais on sentait qu'il y avait une préoccupation. Et là, on a senti le besoin de faire un état de la question: Où en sommes-nous en termes de télémédecine? Quel est l'état des connaissances? Quelles sont les expériences qui sont en cours au Québec? Qu'est-ce que ça peut donner? Puis est-ce que ça peut susciter des enjeux au niveau des projets qu'on pourrait accepter en termes de télémédecine? Donc, on a brossé le portrait le plus complet possible pour répondre à une question.

Mais, des fois, on a des questions d'évaluation qui exigent que nous répondions très rapidement. À ce moment-là, ça peut être sous forme de notes techniques, par exemple, qui nous permettent de tracer un portrait: bien, c'est quoi, l'efficacité de cette nouvelle technologie, est-ce que ça a vraiment des bonnes indications, est-ce qu'on peut garantir l'innocuité, est-ce que ça a des effets secondaires? Donc ça, ça peut être des avis, des notes qui sont très rapides mais qui pourraient être susceptibles d'être mises à jour parce que, effectivement, comme vous l'avez dit, les technologies évoluent très rapidement. Et, d'ailleurs, dans l'histoire de notre organisme, on est revenu à quelques reprises sur certains dossiers parce que l'état des connaissances avait changé, donc on sentait le besoin de revenir sur certains sujets. Par exemple, on a fait récemment un dossier sur la brachythérapie. En fait, on insère des sources radioactives directement dans l'organe à traiter. À Québec, à L'Hôtel-Dieu de Québec, on a justement cette pratique. Alors, on a fait un dossier puis, six mois après, on a senti le besoin déjà de refouiller le domaine parce qu'il y avait des nouvelles données, des nouvelles connaissances qui sortaient. Alors, à ce moment-là, on s'est remis tout de suite à la tâche, puis nous sommes en train de produire une version nouvelle sur la question.

Alors, tout dépend des requêtes, des sujets. Évidemment, il y a des sujets qui vont exiger beaucoup plus de temps. Si c'est une question qui demande une réponse — faut-il ou non introduire un nouveau programme? — eh bien, il faut prendre le temps de bien l'étudier, regarder l'impact économique, coût-efficacité, etc., puis qu'est-ce que ça va donner en bout de ligne pour le Québec. Donc, les études peuvent prendre un

peu plus de temps, un an ou un peu plus, parce que c'est un dossier complet où on essaie de répondre à une question très précise. Mais, quelquefois, ce sont des dossiers qui exigent une réponse plus rapide, donc on va produire en moins de temps.

Peut-être pour faire une petite correction, notre production, c'est d'environ six, sept, huit rapports par année; 18, c'était pour quelques années.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Labbé:** ...rythme-là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci. M. le député de Masson.

#### **Suivi des avis émis par l'Agence et diffusion des résultats de ses recherches**

**M. Labbé:** O.K. Peut-être une petite question complémentaire, Mme la Présidente: Dans votre protocole de recherche, quand vous vous entendez sur un protocole, qui s'occupe du suivi après? Est-ce qu'il y a un suivi qui est donné après? Un coup que vous avez émis votre avis, par exemple, par rapport à la commande que vous avez reçue, est-ce que, de votre côté, il y a une responsabilité à ce niveau-là ou si c'est la personne qui vous a donné le mandat qui doit s'occuper à ce moment-là de gérer les résultats de votre recherche?

Puis l'autre élément: Est-ce que dans le protocole — parce que j'ai lu un petit peu le cahier de presse — il y a une partie qui vous revient à vous au niveau de la diffusion de vos recherches comme telle? Comment ça fonctionne à ce niveau-là?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Battista.

**M. Battista (Renaldo N.):** Pour ce qui est du suivi, ça, c'est une chose qui nous tient à coeur. Disons que, il y a quelques années, on avait entrepris un travail pour comprendre exactement comment mettre sur pied un système de monitoring continu de l'impact de ce qu'on fait, mais, faute de ressources, on n'a pas été en mesure de l'implanter. On a donc repris ce dossier depuis la création de l'Agence d'évaluation et, une de nos intentions en tout cas, c'est vraiment de mettre sur pied un système qui nous permettrait de suivre tout ce qu'on fait et de mesurer l'impact de façon continue.

Parce que, en effet, la diffusion de nos rapports, c'est notre responsabilité, et donc, en ce moment, on est en train de réexaminer aussi avec nos agents de communication quels sont les meilleurs véhicules de communication, de dissémination utilisant les nouvelles technologies de l'information. Un objectif à court terme, en tout cas, c'est certainement de mettre les rapports au long sur la toile, donc tout va être disponible sur la toile.

L'Agence d'évaluation fait partie d'un réseau international qui s'appelle INATA, International Network of Agencies of Technology Assessment, c'est un réseau qui regroupe une trentaine d'agences partout dans le monde, et donc, ça, la participation à un réseau comme ça, c'est extrêmement intéressant parce que ça permet, justement, de partager l'information rapidement

et de ne pas réinventer des dossiers. C'est-à-dire que, à chaque fois qu'on reçoit une requête maintenant, le premier réflexe, c'est d'abord d'examiner qui dans le monde travaille sur le même sujet et qui a publié dans les six derniers mois un rapport sur ce sujet. Donc ça, c'est le point de départ, et ça aussi ça fait partie de notre volonté d'être beaucoup plus en mesure de répondre rapidement.

Pour vous donner un exemple de réponse rapide, il y a quelques mois, la Régie de l'assurance maladie du Québec se demandait si elle devait rembourser un nouveau test qui arrive sur le marché. On s'est rendu compte qu'une agence en Alberta avait produit un avis sur ce sujet-là trois, quatre mois auparavant, et donc, on est parti de cet avis qu'on a adapté à notre réalité, et on a été en mesure de produire un avis en trois semaines. Donc ça, c'est le genre de chose qu'il est possible de faire maintenant, parce qu'en effet toutes ces agences qui participent au réseau international de plus en plus utilisent les mêmes méthodes de recherche, les mêmes méthodes de travail. Alors ça, c'est un peu des choses...

**M. Labbé:** Excellent. Je vous remercie, monsieur.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. M. le député de Châteauguay.

#### **Effets des travaux de l'Agence sur les décideurs et sur la population**

**M. Fournier:** Merci, Mme la Présidente. Bonjour. À mon tour de vous saluer. J'ai, comme bien d'autres, une espèce de sentiment de découverte et d'incompréhension persistante; vous utilisez de nombreux termes qui, parfois, sont à des années-lumière de la compréhension que je pourrais en faire. Mais je vous remercie du travail que vous faites, j'en profite pour saluer non seulement votre présence ici, mais le travail que vous faites, vous et les gens qui sont autour de vous, en même temps tous les chercheurs universitaires et autres qui participent à nous donner des meilleurs outils pour la santé. On apprend tellement de choses quand on est forcé d'entendre des groupes comme le vôtre.

J'apprenais, grâce à nos chercheurs — Cathy qui est avec moi m'informait — que vous faites partie d'un grand réseau, dans le fond, c'est ce que vous disiez, de chercheurs. Et je voyais que — je vais l'appeler comme je le lis — l'ISTAHC, en fait c'est comme ça qu'on l'appelle, un société mondiale dit-on, là, International Society of Technology Assessment in Health Care, qui a son siège social à Montréal, ce qui est pour moi une nouvelle, une découverte, c'est limité comme découverte mais quand même. Je suis content de voir que ce réseau-là a des bases ici et qu'on peut donc s'y rattacher plus facilement, j'imagine, quand ils sont ici.

● (15 heures) ●

J'ai une question principale que je vais vous poser tantôt, la première va être issue de la présentation que vous nous avez faite tantôt dans le processus, là, de réflexion, d'évaluation, puis ensuite de transmission par le macro, le méso et le micro. Et là où ça m'a particulièrement intéressé, c'est sur le micro, une espèce

de — je ne sais pas si c'est comme ça que je dois l'interpréter — diffusion au grand public ou agir sur les déterminants de la santé, je ne sais pas si c'est à ça que ça fait référence, mais j'aimerais vous entendre élaborer un peu plus sur ce que vos travaux peuvent représenter, on parle des décideurs d'une part, mais sur le grand public, vous avez dit qu'il y avait un effet. J'aimerais ça si vous pouviez vous étendre un peu plus longuement là-dessus.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Battista.

**M. Battista (Renaldo N.):** Je peux peut-être partir d'un exemple. Depuis quelques années, il y a beaucoup d'enthousiasme pour la correction de la myopie à partir des lasers, et donc ça a déclenché une activité commerciale très importante et un engouement important auprès de la population, donc une technologie relativement récente mais qui est irréversible. Et donc, l'Agence d'évaluation a produit deux avis sur les lasers, parce que, sur l'ancienne version et la nouvelle version, c'est une technologie qui évolue extrêmement rapidement. Et l'objectif de l'avis, ce n'était certainement pas de condamner la technologie, parce que c'est une technologie qui a une place dans l'arsenal de soins, mais c'était peut-être de rétablir, de mettre les pendules à l'heure et de communiquer au public une information beaucoup plus complète sur les avantages mais aussi les risques. Par exemple, depuis quelques mois, on parle beaucoup des problèmes de vision nocturne suite à cette chirurgie-là, donc que les gens soient au courant que de se soumettre à une chirurgie comme ça comporte un risque au niveau de la vision nocturne. Donc, ça, c'est un exemple extrêmement précis de ce qu'on peut faire et, dans ce cas du grand public, de ce qu'on pourrait faire beaucoup mieux avec plus de ressources.

En effet, ce n'est que récemment que nous avons été en mesure d'engager des agents de communication. Et nous avons beaucoup d'autres projets: par exemple, la possibilité de développer un kiosque quelque part qui permettrait justement de commencer à communiquer aux gens ce que c'est que l'évaluation, comment ça se fait. Et, avec nos agents de communication, nous espérons être capables de communiquer ça de façon encore beaucoup plus accessible. Parce que c'est vrai que c'est un domaine technique, mais il reste que ce n'est pas une excuse pour ne pas communiquer clairement et de façon accessible au grand public. Et ça, c'est un de nos objectifs.

Pour revenir à l'ISTAHC, cette société internationale, ce n'est pas le réseau, ça, c'est autre chose, mais la Société internationale d'évaluation des technologies de la santé, c'est, si vous voulez, la société qui fait la promotion scientifique du domaine. Et ce que je peux vous dire, en tout cas, c'est que la Société a été déménagée de Washington à Montréal en 1995, et l'Agence d'évaluation ou le conseil d'évaluation a été extrêmement actif dans ce déménagement. Et, encore une fois, je pense que ça permet à Montréal, dans ce cas-ci, de prendre toute sa place sur la scène internationale dans un domaine qui est en développement rapide partout dans le monde.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Oui, M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Oui. Merci beaucoup. D'ailleurs, je vous encourage à poursuivre... Vous donnez l'exemple du laser, on l'a suivi un peu dans les journaux, je vous encourage à vous doter de moyens pour pouvoir continuer là-dessus. J'ai l'impression que c'est comme... Ça démystifie plein de choses dont les gens ne sont pas au courant, ne sont pas en moyen d'être au courant, peu informés. On est toujours soumis à non seulement la science, mais les médecins qui viennent décider un peu de ce qu'on doit faire de notre corps parce qu'on n'a pas les connaissances pour prendre ces décisions-là. Je le disais ce matin, c'est un peu comme la foi, on s'en remet à d'autres pour décider de notre sort. Mais il est utile que, de plus en plus, on permette aux citoyens de reprendre possession des décisions les concernant, en tout cas, et qu'ils n'aient pas à fonctionner à l'aveuglette, c'est le cas de le dire dans le cas du laser.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Recommandation de la commission Clair  
en vue de la formation d'un groupe d'étude  
sur l'éventail des services offerts**

**M. Fournier:** Mais, puisque vous parlez de ces évaluations-là, dans le rapport de la commission Clair... D'ailleurs, vous en aviez parlé vous-même, vous-même personnellement, M. Lance, dans un article du *Devoir* du mois d'octobre dernier. La commission Clair parle des groupes, enfin ce que j'appellerais un groupe d'étude sur le panier de services ni plus ni moins là. J'aimerais ça vous entendre parler un peu là-dessus, parce que, la présentation que vous avez faite, j'ai l'impression que vous êtes certainement un des acteurs importants de ce groupe d'étude à former, qui le sera éventuellement, je pense bien, mais il y a des composantes certainement qui manquent, une composante économique.

J'ai peu entendu parler des facteurs économiques qui rentrent dans la prise en considération. Par exemple, si un tel groupe devait être constitué... Puis je veux vous entendre sur l'Oregon, là, puis tout ça, vous en parlez sans doute. Mais lorsqu'on voit une recommandation comme celle dans le rapport de la commission Clair sur un groupe d'étude qui, essentiellement... Puis je sais que vous allez me dire: Bien, c'est ça, il faut que le débat s'ouvre, puis qu'on est tous réticents, alors, je vais vous dire: Je suis réticent. Puis il y a un groupe d'étude qui vient nous dire: Il faut rationner, on ne se paiera pas la meilleure médecine au monde, on n'a pas les moyens, et on va se donner les outils pour que ça fasse le moins mal possible. Vu négativement, c'est comme ça qu'on le voit. J'imagine qu'on peut le voir positivement en se disant: On va se donner les meilleurs outils avec les moyens qu'on a. Mais en prenant le regard inverse, c'est l'effet que ça donne.

Alors, j'aimerais vous entendre élaborer un petit peu là-dessus en nous parlant notamment de ce qui se fait ailleurs, comment ils l'ont constitué, comment, vous, vous voyez la mise en oeuvre de la recommandation, dans le rapport Clair, sur ce groupe d'étude et me dire

laquelle des deux visions — quoique je pense que je sais ce que vous allez me dire — on devrait adopter.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Battista.

**M. Battista (Renaldo N.):** Écoutez, je suis content que vous abordiez ce sujet-là parce que c'est certainement de grande actualité. Ce qu'il s'agit de faire maintenant, c'est de mettre en oeuvre des mécanismes pour implanter les recommandations du rapport de la commission Clair. C'est clair. Ha, ha, ha! Façon de parler. Et, en ce qui concerne justement tout le discours autour du panier de services, il est certain que ce discours-là recoupe ce que je vous ai présenté après-midi. Et un scénario possible qu'on peut envisager, c'est qu'à ce moment-ci on assoit autour de la même table tous les acteurs du réseau qui sont intéressés à l'évaluation.

L'évaluation se fait dans différents secteurs du réseau par différents groupes, et les gens font différents types d'évaluation. Si on retourne à la figure que je vous ai montrée tantôt, on peut parler d'abord d'une évaluation qui se fait en amont des décisions. Donc, avant qu'on prenne des décisions d'introduction de technologies, il y a une évaluation qu'on doit faire de l'efficacité et de l'efficience. Et, en fait, la plupart des rapports qu'on fait à l'Agence examinent aussi la composante de coûts-efficacité des interventions. Je ne vous en ai peut-être pas parlé beaucoup, mais ça fait partie des rapports que nous publions. Donc, ça c'est un premier type d'évaluation. C'est une évaluation d'amont qui permet de décider quelles sont les interventions vraiment efficaces qu'on devrait introduire. Bon.

Mais un deuxième niveau d'évaluation qu'on commence à faire de plus en plus, c'est une évaluation que j'appellerais d'implantation. C'est-à-dire qu'une fois qu'on a décidé qu'une intervention fonctionne, qu'elle est reconnue efficace, la deuxième étape est de comprendre maintenant ici, au Québec, quels sont nos besoins d'implantation et combien de ces technologies devront être implantées. Puis, même, on peut aller plus loin, on peut décider où elles doivent être implantées. Bon. Ce travail d'évaluation de l'implantation se fait en partie au ministère de la Santé, en partie dans les régions, et je pense qu'il s'agit peut-être de développer une espèce de cadre qui est intégré de tous ces types d'évaluation.

Un troisième niveau d'évaluation, c'est l'évaluation qu'on doit faire de la performance du système — on parle beaucoup en ce moment de performance du système de santé. Et là on parle de l'évaluation qui doit suivre les décisions d'implantation, évaluer l'impact des décisions. Et ça, encore une fois, à ce moment-ci, dans le système, il y a différents acteurs qui font de ces évaluations d'impact. Nous en avons fait dans certains dossiers à l'Agence d'évaluation. D'autres acteurs, que ce soient les directions de santé publique, l'Institut de santé publique, participent à ce genre d'évaluation.

• (15 h 10) •

Et donc, tout ça pour vous dire que, d'une part, je pense qu'il est très important à ce moment-ci de développer ce que j'appellerais une vision intégrée de

l'évaluation qui nous permettrait justement d'appuyer les décisions sur des données probantes. On parle beaucoup en médecine de «evidence-based medicine», «evidence-based management». Donc, on parle beaucoup de l'importance de développer un système de santé à partir de données probantes sur ce qui fonctionne.

Moi, en tout cas, je souhaite beaucoup que cette discussion-là aille de l'avant dans les prochains mois, avec tous les acteurs, dans le but d'examiner différents scénarios, quels sont les différents modèles d'organisation de l'évaluation qu'on peut mettre en oeuvre afin de fournir toutes ces informations qui permettent de prendre des décisions mais qui permettent aussi de suivre la performance du système. Et c'est cette intégration-là, en ce moment, qui manque, et, moi, je pense que c'est extrêmement possible d'y arriver.

Je dirais que, une fois qu'on aura réussi à intégrer les différentes pièces de ce casse-tête qu'on peut appeler «évaluation», il sera important de commencer à discuter de l'implication des citoyens dans ces décisions-là. Et ça, c'est un discours qui est beaucoup plus complexe qu'on le pense, c'est-à-dire: Comment créer un forum de citoyens qui sera à même d'aider ou de diriger la prise de décision?

Par exemple, dans le cas des coeurs mécaniques, dont on a parlé il y a quelques mois, dans ce cas-ci, la recommandation de l'Agence d'évaluation, c'était que, si ce coeur mécanique — qui coûte 200 000 \$ pièce — est utilisé comme pont à la transplantation, donc pour les patients qui attendent une transplantation, au Québec, en ce moment, on a besoin d'implanter une douzaine de coeurs mécaniques par année, donc ça va nous coûter 3 millions de dollars à peu près. Mais il est clair que, si on élargit l'indication, qu'on rend la technologie accessible à tous les individus qui ont une insuffisance cardiaque et que la technologie devient une alternative à la transplantation, bien là on comprend qu'il y aura peut-être jusqu'à 3 000 personnes au Québec qui devront avoir une implantation de coeur mécanique — dont la durée de vie est de quatre ans — et qui pourront se faire réimplanter un autre coeur mécanique. Et là on parle d'un coût annuel de 700 millions. Donc, on part de 3 millions à 700 millions de dollars.

Vous voyez le genre de situations dans lesquelles on se retrouve de plus en plus. C'est des situations de choix extrêmement difficiles, et il est clair qu'une agence technique ou scientifique ne peut pas seule prendre une décision comme ça, c'est une décision qui est collective. Encore une fois, je pense qu'il s'agit de comprendre comment impliquer les citoyens dans ce genre de décision là.

Il y a des exemples ailleurs dans le monde qui évoluent en ce moment: l'exemple de l'Angleterre, qui a mis sur pied un institut qui s'appelle le National Institute for Clinical Excellence, NICE, qui est un organisme d'évaluation comme le nôtre, mais qui va un peu plus loin. D'une part, c'est un organisme d'évaluation qui produit des avis scientifiques mais, d'autre part, qui accompagne de façon beaucoup plus étroite les décideurs du ministère de la Santé dans les décisions d'implantation et qui, dans ce processus d'accompagnement des décideurs, est appuyé d'un comité, d'un forum de citoyens qui, de plus en plus, est mobilisé dans la prise de décision. Bon.

Tout ça, en Angleterre, est très récent. Ça a été implanté il y a un an et demi, deux ans au maximum. Donc, c'est une expérience qui est en évolution, qu'il est important d'examiner. Tout n'est pas rose, il y a des collègues anglais qui nous disaient qu'il y a des ratés dans ce mode de fonctionnement. Un des problèmes, c'est que, finalement... Un des problèmes du système actuellement, c'est qu'on a parlé beaucoup de l'importance de dépolitiser un certain nombre de décisions dans le secteur de la santé, rendre les décisions peut-être plus techniques. Or, il est clair que, si un organisme d'évaluation devient de plus en plus impliqué dans le processus de décision qui mène à l'implantation, le jeu des lobbies pourra se déplacer du niveau politique à l'Agence. Donc, il s'agit de comprendre comment baliser l'organisation d'une telle agence pour faire en sorte que les décisions se prennent.

D'autres endroits qui sont intéressants à suivre, c'est l'Oregon — vous avez parlé de l'Oregon justement — où, là aussi, on utilise des groupes de citoyens pour décider ce qu'il y aura dans le panier de services du Medicare, Medicaid, qui sont les deux programmes qui sont subventionnés par le gouvernement fédéral. Donc, ça aussi, c'est une expérience qui est importante à suivre, et puis il y a peut-être un ou deux pays scandinaves qui explorent.

Tout ça pour dire que ce discours-là est novateur — le Québec s'y intéresse au même moment que d'autres endroits dans le monde, donc il n'y a pas de retard à ce niveau-là — c'est un discours qui est plus complexe qu'on le pense, mais je pense qu'il est important à ce moment-ci de commencer à y penser et d'examiner peut-être différents scénarios pour nous amener un modèle qui pourrait fonctionner.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui.

#### **Évaluation intégrée et approche de budgétisation par épisode de soins**

**M. Fournier:** J'ai une question sur ce que vous avez dit. L'évaluation intégrée à laquelle vous aspirez, dont vous dites qu'il est possible de la mettre en place, selon vous, elle prend combien de temps à se mettre en place, à faire en sorte que tous les paramètres soient établis puis que, vraiment, on lance une évaluation, un système d'évaluation qui est plus intégré au Québec?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Battista.

**M. Battista (Renaldo N.):** À mon avis, je pense que ça peut se faire très rapidement, parce que, dans le fond, les partenaires sont là. Ce qu'il s'agit de comprendre maintenant, c'est quel est le véhicule d'intégration. Et ça peut se faire très rapidement là. Je pense que c'est une question de volonté. C'est une question aussi de décider que le système est en crise en ce moment, il y a des virages importants à prendre, et je pense que le temps de l'action, c'est maintenant.

Et l'autre chose aussi, c'est qu'on a ici au Québec une expertise et des compétences extrêmement importantes dans le domaine de l'évaluation. On est en tête de file dans ce domaine-là. Et donc, il n'y a aucune

raison de penser qu'on n'est pas en mesure très rapidement de mettre sur pied un système qui fonctionne et qui nous permette justement d'arriver à des choix éclairés.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** J'aurais une question sur une évaluation dont le rapport Clair... un des éléments de base de l'évaluation qui doit être faite, en tout cas, comment, moi, je l'ai perçue là, parce qu'il me semble que c'est tout à fait normal, et j'étais, jusqu'à un certain point, surpris qu'on n'ait pas cette évaluation-là. Elle ne vise pas directement les technologies mais, quand même, pour arriver à cette évaluation-là, il faut tenir compte des technologies, c'est celle des épisodes de soins dont le rapport Clair dit: Dans le fond, si on veut, un jour, gérer par performance, il faudra bien qu'on se dise: Ça vaut quoi ce qu'on fait? Et, en ce moment, on gère plus par dépense que par performance.

Et ma question pour vous: Est-ce qu'il y a quelqu'un qui a commencé à plancher là-dessus, est-ce que ce sera une évaluation... il faut faire une évaluation intégrée pour y arriver ou est-ce que vous avez dans vos cartons... vous envisagez de procéder à cette évaluation-là?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Lance.

**M. Lance (Jean-Marie):** Mme la Présidente. Il est intéressant que vous posiez cette question, parce que, d'une part, on va demander au ministère de la Santé de faire partie d'un groupe de travail, d'un comité technique du comité Bédard, qui vise à réviser la budgétisation des hôpitaux, le mode de budgétisation des hôpitaux. Et, en fait, ce que nous constatons, c'est qu'il est très difficile actuellement de réviser ce mode de budgétisation parce que, justement, on n'a pas l'information nécessaire, donc les systèmes d'information nécessaires qui nous permettent justement de quantifier, de suivre de façon appropriée un épisode de soins.

Parce que, actuellement, la façon dont les systèmes d'informations sont bâtis, c'est qu'il n'est pas possible de savoir combien ça coûte. Par exemple, pour un patient qui est hospitalisé pour tel type d'intervention chirurgicale ou autre, on ne le sait pas combien ça coûte. On ne le sait pas du tout. On peut en arriver à certaines évaluations grossières. D'ailleurs, on utilise des outils qui viennent d'ailleurs et des outils américains, des outils canadiens, pour essayer d'avoir un poids relatif qu'on va donner à un épisode de soins. Mais on n'a pas l'information particulière pour savoir comment gérer avec plus d'efficacité l'épisode de soins.

● (15 h 20) ●

Bien sûr, on a des données cliniques qui nous permettent de vérifier, de suivre jusqu'à un certain point certains éléments de l'épisode de soins, mais ce qui est plus impliquant, c'est: Comment relier ces informations cliniques aux informations administratives, donc informations sur les coûts, pour être capable de gérer avec beaucoup plus d'efficacité? Alors, actuellement, c'est une priorité de regarder ces éléments-là.

Donc, l'Agence d'évaluation n'est pas impliquée dans ce genre de dossiers, on n'a pas eu tellement à faire de dossiers sur les systèmes d'information et l'évaluation de systèmes d'information ou d'approche par épisode de soins, approche de budgétisation par épisode de soins, mais il reste que, moi, je suis très préoccupé, en tant que directeur scientifique. Quand on me demande de faire l'évaluation d'une intervention chirurgicale, un nouveau type d'intervention, je suis toujours face au problème que je n'ai pas l'information, je n'ai pas l'information détaillée qui me permette d'apprécier exactement combien ça coûte. Alors, on a un besoin, au Québec, d'outils d'information qui vont nous permettre de faire un meilleur suivi à cet égard.

**M. Fournier:** Vous pensez que ça peut prendre combien de temps pour développer ces outils d'information avant de faire ensuite l'évaluation?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Lance.

**M. Lance (Jean-Marie):** C'est une question qui...

**M. Fournier:** Vous pouvez offrir une réponse approximative.

**M. Lance (Jean-Marie):** Oui. Ha, ha, ha! Disons que, Mme la Présidente, si je regarde l'expérience qui s'est passée dans d'autres provinces, on a commencé, il y a plusieurs années, cinq ou même 10 ans, à investir dans des changements majeurs pour changer les approches, les systèmes d'information, puis on a commencé à récolter les bénéfices de ces approches-là, par exemple, en Alberta.

Donc, en Alberta, par exemple, on a demandé aux grands hôpitaux de passer ce qu'on appelle un système d'information de gestion, MIS, là, en anglais, Management Information System, qui permet justement d'avoir une comptabilité qui permet de relier la consommation de services à un patient. D'ailleurs, ce système existe au Centre universitaire de santé McGill, donc l'hôpital Royal Victoria a implanté un tel système. Donc, cet hôpital est en mesure de suivre ses patients, de suivre combien chaque patient coûte, etc., mais ça a été un investissement de plusieurs millions de dollars pour implanter ce système.

Alors, bien sûr ça, c'est un système qui est un peu plus complexe, plus complet, mais peut-être qu'il faudrait penser à des systèmes qui n'iraient pas aussi loin mais qui permettraient quand même de mieux suivre ce qu'il en est en tant que tel. Mais je suis très conscient que c'est un investissement qui peut être important puis qui peut prendre quelques années encore avant qu'on puisse en récolter les bénéfices.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Oui. Malheureusement, je vais devoir quitter à 15 h 30 pour une autre commission, vous m'excuserez de mon départ, mais, de ce que je comprends de ce que vous me dites, c'est que la recommandation de la commission Clair, l'incontournable

pour passer à un autre mode de gestion dans le système de santé qui est d'avoir ces informations de base que nous n'avons pas, qui, semble-t-il, sous d'autres régimes, existent... Par exemple, on me dit, je ne sais pas si c'est vrai, qu'aux États-Unis, comme le privé y est beaucoup plus impliqué, il avait un intérêt à savoir combien ça coûtait et qu'il a donc développé des systèmes qui lui permettent de savoir combien ça coûte. Je suis bien amateur là-dedans, mais je me disais: Peut-être que les systèmes qu'ils ont peuvent s'adapter chez nous et que ce n'est pas si long que ça.

#### **Délai d'implantation de systèmes d'information permettant de mesurer l'efficacité des institutions et mise à jour des équipements technologiques**

Je vais donc poser ma dernière question, mais vous pourriez revenir sur cet aspect-là: Combien de temps — c'est toujours la question sur laquelle je voudrais vous entendre répondre — ça peut prendre, même si on s'inspire des modèles ailleurs, albertains, américains, pour que nous puissions avoir, implantés dans nos établissements, des systèmes d'information qui permettent, à la fin de l'année, à un gestionnaire gouvernemental de dire: Voilà, j'ai une population de 7, 8 millions d'habitants, mon budget, c'est tant, et je peux même vous dire où ça m'a coûté, où je dois agir pour que ça me coûte moins, parce que je peux être plus performant, parce qu'à un endroit ils n'ont pas fait la même chose que les autres, ils ont coûté plus cher? Le temps que tu ne sais pas ça, bien, tu passes à côté de beaucoup de corrections qui pourraient être apportées, enfin, à mon avis. Alors, ça m'importe donc de savoir, même en adaptant les recettes d'ailleurs, combien de temps ça peut prendre pour avoir ces systèmes-là ici.

Et ça m'amène à la dernière question — je ne veux pas non plus prendre tout le temps — sur le parc technologique. On semble dire dans le rapport Clair qu'il y a un retard au Québec, autant pour les petits équipements que les gros équipements. Ça, c'est Clair lui-même qui parle de thermomètres électroniques, ou je ne sais pas trop, à 500 \$ pièce, où les IRM disaient qu'ils coûtent pas mal plus cher. Alors, l'éventail est très large de ce qui manque. Certains disent que nous aurions un retard de 10 ans dans le parc technologie. Alors, j'aimerais savoir ce que vous avez comme avis là-dessus. Est-ce que c'est vrai qu'il y a un tel rattrapage à faire? Dans quel domaine on est le plus sous-équipé? Et, encore une fois, si vous avez une évaluation approximative de ce que ça pourrait coûter pour se mettre à une norme d'aujourd'hui. Si on est en retard de 10 ans, sur un horizon de trois à quatre ans, combien ça coûterait?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Lance.

**M. Lance (Jean-Marie):** Mme la Présidente, nous n'avons pas suivi, l'Agence d'évaluation, le parc, le parc d'équipement, donc ce n'est pas... Même si nous nous occupons des technologies, ce n'est pas un dossier que nous avons suivi, pas du tout. Donc, nous n'avons pas d'information en tant que telle sur le parc immobilier. C'est seulement à l'occasion de certains

dossiers, par exemple, si on parle du tomographe par émission de positrons ou quand on a fait un dossier sur l'imagerie par résonance magnétique, que nous avons eu certaines données sur ces équipements spécifiques mais jamais sur l'ensemble en tant que tel. Donc, ça a été toujours à l'occasion de dossiers spécifiques. Donc, nous n'avons pas, à l'Agence, d'information sur cette question précise.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** C'est un peu normal. Le rapport Clair dit qu'il n'y a pas d'inventaire non plus qui est fait, alors, c'est assez difficile de le savoir. Mais, comme le rapport Clair laisse entendre qu'il y a un retard, je me disais il a peut-être des présomptions, je ne sais pas, qui sont tirées par les scientifiques qui peuvent dire: Bien, oui, par comparaison à ailleurs, on ne semble pas être... Je voulais juste savoir si vous avez une intuition là-dessus. Je n'oublie pas toujours de revenir sur la première question si vous êtes capables d'y répondre. Et ce sera ma dernière intervention, Mme la Présidente, en vous remerciant et en m'excusant de devoir quitter.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Lance.

**M. Lance (Jean-Marie):** Mme la Présidente, peut-être que je vais répondre à la dernière question. Disons que, pour avoir un système idéal, c'est sûr que ça prendrait plusieurs années. Ça pourrait prendre peut-être cinq ans. Mais je pense qu'il ne faut pas attendre que les systèmes d'information soient mis en place. Il faut travailler à des solutions transitoires qui vont nous permettre de cheminer vers... mais en même temps peut-être qu'il faudrait amorcer des efforts pour justement se munir, se doter de systèmes d'information appropriés. Mais ça ne veut pas dire qu'on va être retardé dans des façons de réviser des modes de budgétisation, ou quoi que ce soit. D'ailleurs, je travaille à un comité où on va en arriver à des solutions transitoires qu'on va améliorer de plus en plus à chaque année. Mais il est quand même clair qu'il y a quand même un virage important à faire au niveau des systèmes d'information si nous voulons arriver à gérer notre système peut-être de façon plus efficiente en tant que tel.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Oui, Dr Battista.

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, peut-être pour revenir sur le parc technologique, c'est vrai qu'on n'a pas fait d'inventaire de la situation, mais, à discuter avec nos collègues partout, il est évident qu'on a un retard technologique au Québec. D'une part, le parc d'équipements est vétuste et puis, d'autre part, on a beaucoup de difficultés à accueillir l'innovation. Et ça, nous, on en a fait l'expérience à quelques reprises à l'Agence dans la mesure où certains avis qu'on a émis dans les dernières années, qui sont des avis qui sont très positifs, qui concluent à l'efficacité d'une intervention, qui concluent à la nécessité d'introduire une nouvelle technologie, on se rend compte de plus en plus que le

système est incapable d'accueillir des recommandations positives d'introduction de nouvelles technologies. Donc, il est certain qu'on a un problème à ce niveau-là.

● (15 h 30) ●

Combien est-ce que ça coûterait pour remettre le parc d'équipements? Ça, encore une fois, on n'a pas fait d'estimation, mais, encore une fois, à discuter avec des collègues, il est clair qu'on parle de milliards de dollars. Dans le rapport de la commission Clair, on suggère justement de mettre en place des corvées qui permettraient justement de faire un rattrapage ponctuel, rapide et qui ensuite nous permettrait d'évaluer exactement ce que ça coûterait pour nous maintenir à flot, disons. Donc, je pense qu'il ne faut pas se cacher qu'il y a un problème à ce niveau-là et qu'il faut qu'il y ait des ressources nouvelles qui soient injectées pour rattraper le temps perdu.

#### **Responsabilité de l'évaluation de l'implantation de nouveaux équipements technologiques**

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, avant de céder la parole à la députée de Mille-Îles, je dirais... Oui, également je voudrais revenir sur la question précédente de mon collègue, sur l'évaluation de l'implantation. Vous avez parlé de l'évaluation d'implantation d'équipements justement, et bon, c'est certain que, actuellement, il y a des besoins — je pense, par exemple, au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, c'est un minimum de 22 millions que ça coûterait en équipements, pour simplement remettre un petit peu à date les équipements.

Cependant, ce dont on se rend compte, c'est que — et je trouve ça intéressant de voir que vous parlez d'évaluation de l'implantation — c'est certain qu'on ne pourra pas avoir, dans tous les hôpitaux, des appareils sophistiqués qui peuvent, bon... Bien sûr que chacun leur réclame sa résonance magnétique ou encore son tomographe mais, par contre, dans un centre hospitalier universitaire, là où il y a une masse critique, là où il y a des besoins, on ne pourra pas s'en passer.

Et, par contre, ce dont on se rend compte souvent, c'est que ces centres universitaires ont des besoins et on voit ces besoins comblés ailleurs, dans d'autres hôpitaux, puis on ne peut pas non plus blâmer les hôpitaux de réclamer. Mais je me demande, à un moment donné, compte tenu des besoins qu'on retrouve et aussi de la limite des sommes dont on a à disposer: Est-ce qu'il devrait revenir à l'Agence de déterminer, à un moment donné, ces besoins et de faire des recommandations, et non pas laisser aux décideurs le choix d'aller à un endroit plutôt qu'à un autre, parce qu'on sait très bien qu'on va tous mettre de la pression; moi, je vais mettre de la pression pour que mon centre puisse avoir l'équipement le plus sophistiqué comme, par exemple, n'importe quel autre député, dans son comté, va faire la même chose. Et on va tous mettre de la pression pour être capables d'avoir ce qu'il y a de meilleur, en termes d'équipement, compte tenu des besoins. Mais par contre, justement, est-ce que ça devrait être quelqu'un de complètement neutre qui devrait suggérer ou recommander ce genre d'équipement plutôt que de laisser ça uniquement entre les mains des politiciens finalement, des décideurs?

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, la réponse, c'est oui. Je pense que l'Agence, peut-être pas dans sa forme actuelle, mais une agence comme la nôtre qui pourrait évoluer vers un organisme qui aurait cette responsabilité-là, pourrait certainement aller beaucoup plus loin que l'évaluation de l'efficacité, l'évaluation scientifique pour déboucher sur l'évaluation de l'implantation. Et je pense que c'est dans ce sens-là que je disais tantôt que le moment est venu de trouver des solutions très concrètes pour tenter d'implanter certaines des recommandations du rapport de la commission Clair. Un organisme comme tel certainement devrait avoir une marge d'autonomie extrêmement importante. Et donc, il est clair qu'on parle d'un organisme qui pourrait être créé par loi, par exemple avec une imputabilité directe à l'Assemblée nationale. Bon, enfin, il y a plusieurs cas de figure qu'on pourrait imaginer, mais je dis oui, la réponse, c'est oui, on peut certainement faire évoluer un ou des organismes existants vers une structure qui pourrait assumer ces responsabilités-là.

Pour revenir à ce que vous mentionniez tantôt des centres hospitaliers universitaires, un autre élément d'information que j'aimerais partager cet après-midi, c'est que depuis quelques mois nous nous activons, avec le Fonds de la recherche en santé du Québec, pour créer un programme de subvention qui aurait comme objectif d'aider les centres hospitaliers universitaires et les instituts à créer une entité d'évaluation des technologies à l'intérieur du centre hospitalier. En d'autres termes, une des prochaines frontières de l'évaluation des technologies, c'est de développer ce discours-là à l'intérieur des établissements. Et donc, une prochaine étape serait vraiment d'être en mesure de doter certains des centres hospitaliers universitaires et des instituts d'un organisme, d'une entité d'évaluation qui permettrait... De toute façon, vous savez que les centres hospitaliers universitaires ont, par loi, ce mandat d'évaluation des technologies, un mandat qui n'a jamais été interprété ou implanté complètement. Et donc, je pense que ceci serait une façon de reprendre le retard technologique que nous avons, dans la mesure où, en effet, des technologies nouvelles, mais extrêmement dispendieuses, pourraient être introduites dans le cadre d'un centre hospitalier universitaire, avec une vocation régionale par contre. Donc, ça, c'est un dossier qui est très important pour nous, c'est un projet de collaboration entre l'Agence d'évaluation et le Fonds de la recherche en santé du Québec, et je sais que tous les directeurs généraux des hôpitaux, des centres hospitaliers universitaires attendent l'annonce de ce programme avec grand intérêt, c'est une question de ressources aussi.

#### **Obligation de fixer de nouvelles limites des soins**

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Vous avez parlé aussi, Dr Battista, dans votre exposé, d'un grand débat qui devrait avoir lieu au Québec, entre autres parce qu'il y a des limites au niveau des soins, il y a aussi la complexité des choix. Bon. On sait qu'il y a des choix qui se font actuellement mais ils ne se font pas par les politiciens, ils se font par, souvent, la médecine. On a une population qui est de plus en plus

vieillesante, une population qui vit de plus en plus longtemps, par contre peut-être en moins bonne qualité de vie, mais qu'on est capable par contre de maintenir souvent à cause des nouvelles technologies.

On sait très bien que... Je ne pense pas qu'il y ait un politicien qui veuille parler du panier de services ou encore de quelque limite que ce soit et... Bon. Vous y avez fait allusion tout à l'heure mais vous ne vous êtes pas arrêté beaucoup là-dessus. J'aimerais vous entendre davantage: qu'est-ce que vous voulez dire par les limites? Est-ce que c'est ce que je sous-entends, dans le sens qu'il va falloir à un moment donné qu'on ait un débat et qu'on parle vraiment de jusqu'où on va avec la science au niveau du maintien en vie d'une personne? Est-ce que c'est ça que vous voulez dire ou si je me trompe?

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, oui, c'est ce que je veux dire, mais, pour élaborer un peu, je dirais qu'on est face à plusieurs crises en ce moment dans le système de santé. Un premier niveau de crise, c'est ce que j'appellerais la crise des finances publiques. Donc, il y a une crise au niveau des ressources disponibles pour le secteur de la santé, un secteur où les coûts augmentent de façon beaucoup plus importante que le PIB, et donc c'est certain qu'il y a un problème.

Un autre niveau de crise, c'est ce que j'appellerais la crise due à l'explosion des connaissances. Les connaissances augmentent à un rythme très accéléré en ce moment, les technologies se développent à un rythme rapide, des technologies qui, dans beaucoup de cas, sont performantes, sont efficaces, par contre elles sont inflationnistes. Donc, dans le domaine de la santé, on sait que les technologies de la santé sont inflationnistes par définition parce qu'il y a un principe qui est très connu, qui est le principe de la substitution partielle. Il y a très peu de technologies qui vont se substituer complètement à une technologie qui est déjà en place. La substitution se fait sur une période de temps de 5 à 10 ans. Donc, par définition, la technologie est inflationniste, les connaissances augmentent, et donc c'est un deuxième niveau de crise.

Un troisième niveau de crise, c'est ce que mon collègue a expliqué, c'est ce que j'appellerais la crise des structures: on est pris avec un système de santé qui est en crise au niveau des structures. Les structures ne sont pas adaptées à un mode de fonctionnement qui privilégie la performance, et donc, on doit revoir la façon d'organiser le système de façon à ce que la performance soit un déterminant important de l'allocation des ressources. Et ça, évidemment, ça ne peut pas se faire demain, ça va se faire dans les prochaines années. C'est lié encore une fois au problème de l'information, des systèmes d'information qui n'existent pas, qu'il faut consolider, qu'il faut mettre sur pied.

● (15 h 40) ●

Et un quatrième niveau de crise, c'est ce que j'appellerais la crise des valeurs. Si on se projette, disons, dans cinq ou 10 ans, on aura mis sur pied un système d'évaluation des connaissances qui va fonctionner de façon admirable, qui va nous dire exactement ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas,

ce qui est efficace, ce qui ne l'est pas, que, dans cinq ou 10 ans, on aura réglé le problème des structures, on aura un système où la performance va être arrimée. Enfin, bref, il reste que, éventuellement, on va frapper un mur quand même parce que, justement, les technologies sont inflationnistes par définition. Et donc, on rejoint votre préoccupation qui est la crise des valeurs. Et donc, si ce n'est pas aujourd'hui, si ce n'est pas demain, ça va être dans 10 ans. On n'a pas le choix, comme société — et on n'est pas les seuls — on n'a pas le choix que d'affronter ces valeurs beaucoup plus profondes, ces valeurs existentielles, ces valeurs philosophiques, à la limite, des valeurs spirituelles aussi qui doivent être tenues en compte dans des choix de société qu'on devra faire quand il s'agira de décider jusqu'où aller pour maintenir la vie d'une personne.

Donc, tout ça pour dire que ce débat collectif doit se faire. Ce n'est pas simple, ce n'est peut-être pas politiquement facile de le faire mais il faudra le faire, et si ce n'est pas demain, ça va être dans cinq ans, mais c'est tout à fait inévitable.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Dr Battista. Mme la députée de Mille-Îles.

#### **Organigramme de l'Agence**

**Mme Leduc:** Oui. Dr Battista, j'ai deux questions. Une, je pense, qui va être assez facile à répondre, ça concerne votre organigramme, et peut-être que je n'ai pas saisi la différence que vous faisiez entre le comité de membres et le comité d'orientations, et je me disais: Il y a un comité de membres de 14 personnes, je crois, et, à ce moment-là, vous avez un comité d'orientations qui décide, lui, des sujets que vous allez aborder. Est-ce que c'est bien ça? Puis que fait le comité de membres à ce moment-là?

**M. Battista (Renaldo N.):** D'accord.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Battista.

**M. Battista (Renaldo N.):** Oui.

**Mme Leduc:** Puis, j'aurai une deuxième question.

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, merci de cette question. Ça me permet de préciser un peu. Bon, le conseil de l'Agence, qui est formé de membres nommés par le Conseil des ministres, est l'organe exécutif de l'Agence d'évaluation. Donc, c'est l'instance qui prend les décisions ultimement d'orientations pour l'Agence.

Le comité d'orientations a été rendu nécessaire dès le moment où l'Agence a relevé du ministre de la Recherche, de la Science et de la Technologie, bien que travaillant en majeure partie dans le domaine de la santé. Et donc, il a été pensé, à ce moment, qu'il serait important d'avoir un comité sur lequel on aurait des représentants des différents partenaires du domaine de la santé, que ce soit le ministère de la Santé, les régies régionales.

Ce comité n'est pas un comité exécutif, c'est un comité avisé qui permet à l'Agence de prioriser et qui permet à l'Agence de rester vraiment très en contact formellement avec tous les acteurs et qui doit aider l'Agence aussi au niveau de la diffusion des avis auprès des acteurs, alors que le comité de régie interne, c'est vraiment un comité qui aide à gérer le quotidien de l'Agence.

#### **Gains d'efficacité récurrents découlant des travaux de l'Agence**

**Mme Leduc:** O.K. Bon. Alors, ça me situe. Mon autre question était par rapport à l'impact de vos travaux. Vous avez dit que vous aviez évalué qu'il y avait des gains d'efficacité récurrents d'environ 19 millions par année. C'est important, là. Moi, je me demandais de quelle façon est-ce que c'est, par exemple — on nous avait donné une revue de presse — quand vous donnez un avis, vous évaluez que, bon, l'avis que vous aviez donné, de restreindre l'usage de la pompe cardiaque, ça rentre dans le type d'économie que vous faites faire au système, ou si c'est plus par des avis sur de l'organisation? En tout cas, je me demandais comment.

Et l'autre question, dans le fond, dans cette revue de presse là, on disait que le programme de dépistage de cancer du sein n'atteignait pas toutes les personnes, toutes les femmes. Il n'y a pas la réponse qu'on prévoit, et il y a un docteur, là, là-dedans, qui disait: Bien, si ça n'atteint pas 70 %, ça ne vaut pas la peine.

Est-ce que ça serait dans votre mandat de dire: Bien, après tant d'années, ça n'a pas atteint 70 %, nous laissons tomber ça, et ça, ça rentrerait dans les gains d'efficacité récurrents que vous nous donnez là? Je vous donne des exemples concrets, là, de mon questionnaire par rapport à votre fonctionnement pour dire qu'il y a eu des gains d'efficacité.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Battista.

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, peut-être un exemple qui peut illustrer ce qu'on entend par gains d'efficacité: il y a quelques années, on avait produit un avis sur l'utilisation des nouveaux opacifiants utilisés en radiologie. Alors, la façon dont on a calculé l'impact de ces documents-là, des documents qui recommandaient finalement une utilisation beaucoup plus ciblée de ces nouveaux opacifiants, qui avait été implantée de façon très large dans d'autres provinces, par exemple, en Ontario, on avait décidé de remplacer les anciens opacifiants par les nouveaux opacifiants, et ce qu'on avait fait, c'est un calcul très simple dans le sens que, à ce moment-là, si je me souviens, on dépensait au Québec quelque chose comme 9 millions de dollars en opacifiants, c'étaient des opacifiants de haute osmolarité.

Si on avait remplacé ces opacifiants-là par les nouvelles technologies, on aurait dépensé quelque chose comme 20 millions de dollars ou 90 millions. C'est ça. Donc, en allant vers une utilisation beaucoup plus ciblée, on effectuait un gain d'efficacité. Dans ce cas-ci,

si je me souviens bien, c'était quelque chose comme 40 % de gain d'efficacité. Donc, ça, c'est le genre de calcul qu'on fait.

Mais, encore une fois, ce genre de calcul là, c'est un peu problématique parce qu'on ne veut pas communiquer le message que l'Agence d'évaluation n'est là que pour émettre des avis qui vont permettre justement de sauver de l'argent. Dans le fond, l'Agence est là pour émettre des avis qui vont nous permettre d'avoir un système de santé qui va utiliser des interventions qui fonctionnent. Et donc, dans certains cas, c'est sûr que nos avis mènent à une augmentation des coûts. Et là on arrive à l'autre problème que j'avais mentionné tantôt d'un système qui n'est plus capable ou qui est difficilement capable d'accueillir des recommandations positives par rapport à certaines interventions.

L'exemple du programme de dépistage du cancer du sein; dans ce cas-ci, il y a d'autres partenaires dans le système qui font le suivi de l'implantation. Et donc, il est sûr que, en collaboration avec ces partenaires-là, à un moment donné, il y aurait moyen de réexaminer la situation du programme de dépistage du cancer du sein et de tenter de quantifier quel est l'impact réel en termes d'indices de mortalité évitée par exemple et de suggérer des correctifs pour faire en sorte que le programme fonctionne. Mais, pour l'instant, c'est d'autres instances qui s'occupent de faire le suivi d'un programme comme celui du cancer du sein.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme la députée de Mille-Îles.

#### **Difficultés du système à accueillir les innovations technologiques**

**Mme Leduc:** Maintenant, quand vous dites que le système a de la difficulté à accueillir les innovations technologiques, est-ce uniquement en termes de coûts ou si c'est aussi en termes de résistance à une... Parce que des innovations technologiques, ça amène des changements de pratique aussi, ça amène des changements. Est-ce que ça englobe ça ou...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Battista.

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, c'est un problème extrêmement complexe. D'une part, il y a des rigidités à l'intérieur du système. On parle d'enveloppes en silo qui font qu'une innovation par exemple pharmacologique, disons un nouveau médicament qui permettrait de diminuer les hospitalisations psychiatriques, un nouveau médicament qui est extrêmement coûteux devient difficile à faire entrer dans le système parce que l'enveloppe médicaments est séparée de l'enveloppe hospitalisation psychiatrique. Et donc, à cause de cette étanchéité entre les enveloppes, ça devient très, très difficile de faire entrer une intervention qui permet un gain d'efficacité ailleurs. Donc, un des objectifs d'une réforme éventuelle, c'est vraiment de briser ces silos-là pour que les choses soient beaucoup plus mobiles. Donc, ça, c'est un niveau de problèmes.

Un autre niveau de problèmes, c'est la rigidité qui existe entre la définition des tâches de différents professionnels, et en ce moment il y a un comité qui est présidé par le Dr Bernier, qui est en train de faire le point sur la possibilité d'assouplir certaines règles professionnelles, ce qui amène un changement au niveau du Code des professions. Donc, encore une fois, c'est assez complexe, mais il reste que les nouvelles technologies interpellent les professions dans le sens d'un assouplissement de certaines règles.

Alors, c'est un ensemble de facteurs qui font que ça devient difficile d'accueillir ces innovations-là, et je pense que mon collègue voulait compléter.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, M. Lance.

● (15 h 50) ●

**M. Lance (Jean-Marie):** Oui, Mme la Présidente. En fait, pour vous donner un autre exemple de... Quand on a fait le dossier sur l'abciximab ou Reopro, en fait, c'est que ce médicament-là, il coûte cher. Alors, pour un hôpital, c'est une dépense nette supplémentaire qui vient s'ajouter, et on dit que, un des gains du médicament, c'est de permettre peut-être de diminuer le taux de réhospitalisation, mais on sait que les lits sont toujours occupés. Donc, en fait, on ne peut pas économiser dans la gestion des lits et, par contre, on introduit un coût supplémentaire de plus qui est le coût du médicament. Et donc, à ce moment-là, l'hôpital dit: Je n'ai pas le budget nécessaire pour accueillir ce nouveau médicament, je dois le limiter en tant que tel.

Alors, il y a des cas semblables, mais il y a aussi toute la problématique hospitalier-ambulatorio. On va publier la semaine prochaine le dossier sur le substitut de peau qu'on appelle l'Apligraf qui permet de traiter des ulcères de jambes qui sont réfractaires à la compressothérapie, donc le traitement régulier. Le problème qu'on a ici, c'est que cet Apligraf pourrait être utilisé dans une clinique externe, mais c'est un patient ambulatorio. Et donc, là on a une problématique que l'hôpital a de la difficulté souvent à dégager les budgets nécessaires pour les mettre au niveau de la clinique externe — donc ça, c'est un autre exemple — ou encore des technologies qu'on pourrait utiliser à domicile et l'obstacle à ce moment-là, c'est la réticence des patients, si les patients doivent assumer une partie des coûts. C'était le cas dans le passé pour les médicaments; avant qu'on ait le régime d'assurance médicaments, les programmes d'antibiothérapie à domicile ne pouvaient pas s'implanter parce que le patient devait payer pour le médicament. Mais on a d'autres exemples, parce que de vouloir passer à une technologie à domicile, bien, il y a toutes sortes d'enjeux, des enjeux sociaux, des enjeux financiers pour le patient, il y a même des enjeux juridiques de responsabilité. Donc, il y a des obstacles qui font que, même si on pense qu'il y a des gains d'efficacité possibles à faire en ambulatorio, à faire à domicile les pratiques, il reste qu'il y a toutes sortes d'obstacles qui empêchent de le faire.

Aussi, il y a un projet en cours actuellement à l'Université de Montréal sur est-ce que les données probantes peuvent affecter, modifier les pratiques cliniques. Ils ont pris deux de nos dossiers comme cas traceurs. Et c'est intéressant de voir que, même si nos

dossiers disent qu'il serait efficace de faire telle chose, on constate que les médecins ne le font pas. Alors, il y a des études qui se font pour essayer de découvrir pourquoi, qu'est-ce qui en est. Puis, par contre, il y a des technologies qui ne sont pas du tout efficaces, on dit que ce n'est pas bon, mais qui continuent à être utilisées malgré les données. Alors, pourquoi en est-il ainsi? Donc, il y a aussi toutes sortes d'autres facteurs qui vont expliquer que ce n'est pas nécessairement facile, même si on produit un rapport, d'amener des changements dans la pratique en tant que telle, surtout au niveau de la pratique micro.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme la députée de Mille-Îles. Ça va? Alors, je me réjouis quand même de voir qu'il y a quelqu'un au Québec qui a bien identifié les difficultés, les lacunes. Au moins, à un moment donné, on a dit: Écoutez, il y a des choses qui se passent dans le système, puis il doit y avoir quelqu'un qui peut en prendre connaissance puis qui sait où on s'en va. Alors, je suis heureuse de constater que vous en possédez une bonne partie, vous en avez identifié une bonne partie. Maintenant, il s'agit d'avoir la volonté de briser ce système, c'est-à-dire d'obliger certaines personnes à modifier leurs attitudes ou leur mentalité. Et je pense qu'on en est peut-être rendu à ce moment, finalement. Je céderais la parole à mon collègue député de Jacques-Cartier.

#### **Processus d'identification des priorités de l'Agence**

**M. Kelley:** Merci beaucoup, Mme la Présidente. Bienvenue M. Battista, M. Lance. Moi, je veux revenir, parce qu'une des choses que vous avez identifiées, c'est toute la question des priorités. Parce qu'il y a beaucoup de questions, je ne sais pas, de sujets. Et je vois dans le document, votre programme de travail 2000-2001 qui comprend une trentaine ou une quarantaine de sujets. Juste pour un petit peu mieux comprendre le processus pour identifier ces projets plutôt que d'autres, et j'en vois un en particulier qui était une psychose célèbre dans mon comté, c'est la question du Linac et du Gamma Knife, parce que je vois ici que c'est un projet, à l'origine, de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du Centre universitaire de santé McGill. Mais, avant tout — je pense que c'est une Mme Singer qui demeure dans le comté de Jacques-Cartier, qui a fait plusieurs manchettes — comme député, ce n'est jamais facile, parce que c'est une madame qui est venue me voir parce que son médecin traitant était convaincu que, pour son type de tumeur, le Gamma Knife était de beaucoup plus le traitement préféré dans le traitement de tumeurs. Moi, je ne suis pas médecin, alors ce n'est pas au député de prendre la décision, mais j'ai essayé, dans la mesure du possible, que la Régie de l'assurance maladie regarde comme il faut cette question, parce que, pour la madame qui est une mère de famille — c'est quelqu'un qui est une voisine — c'était vraiment dramatique, quand votre médecin vous dit que le traitement que vous allez recevoir ici, au Québec, est inférieur, et que le seul moyen de contourner ça est de chercher 25 000 \$US pour aller, de mémoire, en Virginie où on peut avoir accès à ce traitement.

Mme Singer est chanceuse, dans le sens que la communauté s'est ralliée: Nous avons fait des levées de fonds, nous avons fait plusieurs activités. Il y a une puissance politique dans mon comté qui est les mères des équipes de soccer. Alors, Mme Singer fait partie de cette puissance politique de mon comté. Alors, les mères de soccer sont capables de faire une levée de fonds. Elles ont réussi à trouver 25 000 \$US avec les diverses levées de fonds.

Mais ça revient toujours... Ça, c'est une question très importante. Vous avez identifié comme à 5 millions de dollars le Gamma Knife, de mémoire, dans votre présentation, mais juste un petit peu commenter cette question, l'échéancier pour cette question, parce que de toute évidence je vais aviser Mme Singer que... Parce que, par curiosité, il y a une autre voisine maintenant qui est dans le même bateau. Et je sais que c'est très précis. J'imagine qu'il n'y a pas 1 000 cas par année dans ce secteur. On ne parle même pas de toutes les tumeurs mais de quelques tumeurs où peut-être le Gamma Knife serait un traitement privilégié en comparaison avec l'autre. Mais comment est-ce qu'un dossier très précis comme celui-là... On en voit d'autres ici qui sont les questions des congés précoces pour les mères, post-partum. Alors ça, c'est quelque chose qui touche, quoi, les 90 000 naissances au Québec par année. Alors, il y a une ampleur beaucoup plus...

J'essaie de voir comment on peut faire l'évaluation à la fois de mon tout petit cas qui, pour moi, est un cas de comté, pour Mme Singer et l'autre voisine, mais également pour les autres phénomènes qui sont presque des questions de l'ordre de la santé publique parce qu'on touche un phénomène qui touche des milliers de personnes par année. Comment est-ce qu'on sert vos priorités?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Battista.

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, peut-être que j'aimerais répondre à cette question plus large de la priorisation, et M. Lance parlera plus précisément du cas du Gamma Knife. L'établissement des priorités pour l'Agence, ce n'est pas simple en ce moment, tout simplement parce que nous recevons des demandes de différents partenaires et parce qu'il y a beaucoup de demandes en ce moment. Donc, il est clair que, d'une part, nous tentons de répondre à de plus en plus de demandes, et nous savons que nous ne pouvons pas y arriver avec les ressources actuelles et le mode de fonctionnement actuel. C'est pourquoi on tente de développer des modes de réponse qui s'appuient ou utilisent encore mieux les réseaux de recherche.

Encore une fois, il y a quelques années, on avait fait une enquête, pour l'ensemble du Québec, et on avait tenté de croiser quelles étaient les priorités qui étaient indiquées par différents partenaires, pour arriver avec un ensemble de priorités qui étaient gérables. Nous ne l'avons pas fait depuis un certain nombre d'années parce qu'on suit les développements, mais on sent que, de plus en plus, on devra arriver à le faire.

● (16 heures) ●

Mais, avant de commencer à refuser de faire des évaluations, l'objectif ou la stratégie, ça a été d'examiner

quelles étaient les autres pistes qui permettraient d'augmenter la capacité de réponse. Et, encore une fois, ces pistes-là passent par des partenariats qu'on est en train d'établir avec des réseaux de recherche ou d'autres organismes qui font de l'évaluation, et ça passe aussi par le fait d'être en mesure d'utiliser ce qui est fait ailleurs pour répondre à des questions très ponctuelles. Éventuellement, il faudra qu'on réexamine le mode de priorisation à l'intérieur de l'Agence, parce qu'en effet ce n'est pas toutes les demandes qui ont un poids égal. Mais il reste quand même qu'une demande comme celle dont vous faites état, c'est peut-être une demande qui vient d'une patiente en particulier, mais il reste que ça débouche sur la nécessité d'évaluer une technologie dont on parle beaucoup dans le monde scientifique. Je ne sais pas si on peut ajouter sur ça?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui. M. Lance.

**M. Lance (Jean-Marie):** Mme la Présidente, en fait, la question du Gamma Knife, effectivement, quand on a commencé le sujet, c'était suite à une question de la Régie de l'assurance maladie. Et, si la Régie nous a fait cette question, c'était suite à une demande d'un professionnel pour un patient ou une patiente, je ne me souviens pas. Et puis la question que se pose la Régie: Doit-on considérer ce traitement comme expérimental ou non? Parce que, selon les politiques actuelles, on ne rembourse pas au Québec ce qui est dit expérimental — donc, c'est une position qui a été prise — et on rembourse par contre ce qui a été reconnu comme étant efficace pour traiter un problème particulier.

Alors, quand nous avons reçu cette question... En fait, nous, on ne peut pas répondre à un cas particulier en tant que tel, il faut toujours regarder la question: Ce type de problème là, comment peut-il être traité? Et, dans ce cas-là, l'expérience d'autres agences... En fait, il y a cinq ou six autres agences qui avaient déjà examiné les indications pour le Gamma Knife, où on comparait le Gamma Knife par rapport au Linac, donc à l'accélérateur linéaire. Et puis, si on faisait un bilan de ces différents travaux des autres agences... On a fait ce bilan pour pouvoir fournir une réponse plus rapide à la Régie de l'assurance maladie. Selon les conclusions de ces autres agences, il n'y avait pas, dans l'ensemble, d'avantages comparatifs de l'un par rapport à l'autre. Puis là, à ce moment-là, bien, évidemment, si c'est le cas, la question du coût devient un élément important. Mais ce n'est pas à nous à prendre la décision, c'est à la Régie de l'assurance maladie à prendre la décision en tant que telle.

Mais le problème, c'est toujours: on se trouve face à une problématique d'approche de société puis d'approche clinique individuelle. Le médecin lui, il essaie toujours de répondre le mieux possible, d'offrir le meilleur traitement possible à son patient ou à sa patiente, mais il est confronté aux ressources qui sont disponibles pour lui dans la société, qu'on met à sa disposition. Donc, ce dilemme va toujours rester. C'est des choix qui sont extrêmement difficiles à faire. Alors donc, c'est un peu une parenthèse là-dedans.

Mais, nous, après avoir écrit cette note pour la Régie, pour l'informer, nous avons dit: Nous allons

continuer à travailler sur le dossier. Compte tenu aussi que le Centre universitaire de santé McGill avait un projet d'acquiescer un Gamma Knife, donc ils nous ont envoyé une lettre à cet égard. Aussi, on a reçu une lettre du CHUS à Sherbrooke, parce qu'ils ont aussi un projet d'acquisition d'un Gamma Knife. Évidemment, ça a préoccupé la régie régionale, les deux régies régionales, ça a préoccupé le ministère de la Santé, et on nous a demandé formellement de faire un dossier sur le Gamma Knife: donc, quelles sont les indications qui sont reconnues, d'après l'état des connaissances scientifiques, qu'est-ce que le Gamma Knife peut régler en tant que tel. Et déjà, dans notre premier bilan, on constate qu'effectivement le Gamma Knife peut avoir un léger avantage sur le Linac pour certains types d'interventions particuliers.

Mais il y a l'aspect coût, coût-efficacité. Combien faut-il de Gamma Knife au Québec? Où va-t-il être? Évidemment, ça, c'est d'autres questions. Bien sûr, notre analyse va permettre d'éclairer le décideur quant au choix à faire à cet égard. Mais nous en sommes rendus, dans nos travaux, à l'étape pratiquement de lecteurs externes, donc un projet qui va être soumis à des lecteurs externes, ce qui veut dire que, dans les, peut-être, quatre, cinq prochains mois, notre rapport va être publié sur ce sujet.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, M. le député de Jacques-Cartier.

#### **Responsabilité de l'évaluation de l'implantation de nouveaux équipements technologiques (suite)**

**M. Kelley:** On va regarder ça avec intérêt. Mais, au niveau de l'évaluation, est-ce que c'est aux décideurs politiques ou est-ce que c'est chez vous de décider si on est mieux d'acquiescer ce genre d'équipement au Québec ou, pour les quelques cas ou peut-être davantage, les envoyer en Virginie ou à Boston? Parce que ça, si c'est un équipement de 5 millions de dollars, si on ajoute à ça qu'il faut faire de la formation et si c'est pour cinq cas par année ou 14 cas ou, je ne sais pas, parce que je suis loin d'être un expert...

Parce que, sur le fond, la question pour Mme Singer était: Vu que ce n'était pas un traitement disponible au Québec, et elle a trouvé l'endroit le plus proche du Québec où elle peut obtenir ce traitement qui était le traitement privilégié par son médecin, est-ce que c'est chez vous, ou, au bout de la ligne, est-ce que ça va être aux décideurs politiques de toujours faire le choix entre l'offre de services qu'il faut avoir ici, au Québec, ou toujours avoir certains traitements parce que, c'est inévitable, si c'est quelque chose de très rare, on ne peut pas avoir le A à Z partout dans tous nos établissements, il y aura un certain choix qu'il faut faire dans ces genres d'équipement? Parce que le coût des équipements ne cesse d'augmenter. On voit à tous les jours une autre machine à 5, à 10, à 12 millions de dollars et de tout acheter, c'est presque impossible.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Battista.

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, il y a beaucoup de choses à dire sur ce cas-là. D'une part, moi, je vous dirais que le processus actuel qu'on suit, c'est qu'on fait habituellement une recommandation basée sur une revue systématique de tout ce qui est publié. Bon.

Dans le cas du Gamma Knife comme tel, on a déterminé que cet appareil pourrait servir, dans le contexte d'indications reconnues, à peu près à 300 patients par année, autour de 300 patients par année, et que, par conséquent, une décision qui pourrait découler de ça, c'est que, dans le fond, pour l'ensemble du Québec, un Gamma Knife, c'est suffisant. Le processus actuel de décision, c'est que nous, nous faisons cette recommandation-là à ceux qui nous ont demandé l'avis — dans ce cas-ci, c'est le ministère de la Santé — et la décision de permettre l'achat d'un équipement vient du ministère de la Santé, en collaboration avec une régie.

Donc, il est sûr que ce mécanisme de décision peut être modifié. Si on parle d'un organisme qui serait encore beaucoup plus autonome que l'Agence d'évaluation, on pourrait penser que cet organisme serait impliqué beaucoup plus directement dans l'accompagnement des décideurs qui prendront la décision ultime. Et donc, dans ce cas-ci, ce que je dis, c'est que le mode de fonctionnement actuel peut évoluer vers d'autres modes de fonctionnement.

Par contre, ce que votre exemple suscite aussi comme autre réflexion, c'est que, à supposer qu'on arrive à la conclusion qu'un Gamma Knife, c'est suffisant pour l'ensemble du Québec, bien, ce qu'il faut communiquer comme information claire aussi, c'est que, dans le fond, que les gens se déplacent pour avoir accès à une haute technologie de haute intensité qui coûte très cher, c'est quand même possible, et donc, là, que l'équipement soit dans l'une ou l'autre région du Québec, dans le fond, si c'est un équipement qui doit servir à 300 patients par année, que le déplacement des patients est une chose acceptable et que ce n'est pas plus dramatique que des patients qui doivent aller aux États-Unis pour se faire traiter, dans le fond.

Donc ça, ça rejoint un peu l'autre chose qu'on mentionnait de l'éducation du public de la transmission de cette culture auprès du public de façon à ce que les gens comprennent exactement pourquoi des choix sont faits. En somme, on revient aussi à ce débat de la transparence. Dans le fond, si les choix sont faits de façon transparente, je pense que les gens vont accepter un certain nombre d'inconvénients liés, par exemple, aux déplacements, au transport.

● (16 h 10) ●

**M. Kelley:** Merci beaucoup.

#### **Transfert des connaissances et développement de l'équipement**

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Est-ce que vous avez un lien quelconque ou vous êtes en relation avec l'Institut de recherches cliniques du Centre universitaire de l'Estrie, justement, du CHU, avec tous ses chercheurs? Est-ce que vous travaillez en collaboration ou bien si c'est complètement à part?

**M. Battista (Renaldo N.):** Nous développons des liens de collaboration avec les chercheurs de tous les instituts de recherche, en particulier avec l'Institut de recherches de l'Estrie, en fait, parce que, comme vous savez, c'est un endroit où le PET scan, le tomographe à positron, a été installé depuis quelques années, et, dans le contexte du travail qu'on fait sur cette nouvelle technologie, on est allé visiter justement les installations il y a quelques semaines. Mais, encore une fois, un des objectifs qu'on a à court terme, c'est de travailler avec les centres hospitaliers universitaires et les instituts à la création d'un espace pour l'évaluation des technologies, de façon à ce que les instituts, les CHU soient impliqués beaucoup plus directement dans ce genre d'activités.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Je pense que vous avez quand même, avec le CHU de Sherbrooke et l'Institut de recherches cliniques plus la pharmacologie, un endroit où vous pouvez avoir beaucoup de collaboration, j'ai l'impression, parce qu'ils sont très ouverts à tout ce qui est nouveau, développements nouveaux, nouvelles technologies et aussi fonctionnement qui est très différent.

Tout à l'heure, vous avez parlé... Et je n'ai pas tout à fait saisi, dans votre présentation, lorsque vous avez dit que, en plus de faire des recherches sur des mandats très précis, vous avez des chercheurs également qui travaillent sur différentes technologies, parce que là, maintenant, vous êtes reliés au ministère des Recherche et Développement. Est-ce que, par exemple, ça signifie que les recherches technologiques qui pourraient, par exemple, déboucher sur des équipements... Parce que je pense effectivement, là, soit à l'Institut de pharmacologie ou à l'Institut de recherches cliniques, où vous avez des chercheurs qui travaillent actuellement mais qui peuvent travailler aussi sur des instruments et qui pourraient par la suite faire fabriquer le produit de ces recherches. Est-ce que j'ai compris que vous êtes également là-dedans ou si vous vous excluez de cette démarche?

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, alors là vous parlez un peu du transfert des connaissances à partir du laboratoire vers le développement de l'équipement.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** C'est ça, c'est ça.

**M. Battista (Renaldo N.):** À date, on n'a pas été impliqué dans ce volet du développement technologique. Par contre, ce que je peux vous dire, c'est qu'il est certain qu'on n'a pas parlé de ça encore aujourd'hui, mais tout ce volet de la collaboration avec l'industrie, ça, c'est une chose qui est à développer. Il y a une vingtaine d'années, quand l'évaluation des technologies commençait à naître, il y avait une relation de confrontation entre l'industrie et les professionnels de l'évaluation, dans la mesure où l'évaluation était perçue comme une activité qui allait freiner le développement technologique. Ça, c'était il y a 20 ans.

En ce moment, et particulièrement ici, je dirais que la relation entre l'industrie et les professionnels de l'évaluation s'est modifiée de façon extrêmement

importante, et, en effet, je pense que tout le monde comprend qu'on a intérêt à collaborer, à travailler ensemble pour tenter d'apporter des solutions à un système de santé qui a des difficultés très sérieuses.

Alors, tout ça pour dire que les collaborations, actuellement, avec l'industrie se développent de plus en plus. Pour vous donner des exemples précis, dans certains cas d'évaluation, il nous est arrivé à plusieurs reprises de rencontrer des représentants de l'industrie qui nous font part justement de leurs plus récents développements, qui nous font part de leur perspective sur le développement d'une technologie, et on tient ça en compte dans l'évaluation globale qu'on fait de cette technologie. Donc, ça, encore une fois, c'est une piste qui est importante, qui est prometteuse et qui témoigne d'un changement de mentalité et de dynamique entre l'industrie, les professionnels de l'évaluation et les décideurs du système de santé.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. M. le député de Nelligan.

#### Rapports entre l'Agence et le Conseil consultatif de pharmacologie au sujet de l'évaluation des médicaments

**M. Williams:** Merci beaucoup, Mme la Présidente. Dr Battista, merci beaucoup pour votre présentation, et je m'excuse d'être assis dans deux places en même temps.

J'ai juste quelques brèves questions. Au début de votre présentation, vous avez mentionné que les technologies de la santé englobent l'ensemble des moyens physiques mis en oeuvre par la distribution des soins, incluant les médicaments, les instruments, etc. Je voudrais savoir c'est quoi, votre relation entre le Conseil consultatif de pharmacologie, comme exemple, qui va se présenter bientôt devant cette commission — je pense que c'est le 7 mars? Comment l'Agence et le Conseil travaillent ensemble pour étudier l'efficacité, le coût efficace des médicaments? Et est-ce qu'il y a une possibilité d'un problème de duplication, ou comment vous pouvez diviser les tâches?

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, actuellement, ce qui s'est passé depuis quelques années, c'est que le Conseil d'évaluation, maintenant l'Agence, a parfois produit des évaluations de médicaments. Dans le cas du Reopro, de l'abciximab, ça, ça a été un exemple précis. Le Conseil consultatif de pharmacologie, comme vous le savez, est responsable de l'élaboration du formulaire des médicaments et, en vue d'élaborer ce formulaire sur les médicaments, utilise des données d'évaluation qui viennent de différentes sources. Donc, dans certains cas, nous avons travaillé ensemble, dans d'autres cas, nous avons produit des évaluations qui ont été utilisées par le Conseil consultatif de pharmacologie dans l'élaboration du formulaire. Tout ça pour dire qu'il n'y a pas eu de duplication dans la façon de fonctionner.

Pour ce qui est de l'avenir, je pense que tout dépendra de ce qui va se passer dans le dossier médicaments au Québec. Il y a des projets qui sont sur la table, de réorganisation du Conseil consultatif de pharmacologie, et, dépendant de ce qui va se passer, je

pense que l'Agence d'évaluation pourrait contribuer encore une fois dans le dossier des médicaments comme tel, de façon à ce qu'il n'y ait pas de duplication.

**M. Williams:** Vous...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Merci. Je m'excuse, Mme la Présidente. Vous envisagez que peut-être, activement, l'Agence va jouer un rôle plus présent sur l'évaluation des médicaments avant que le Conseil ou le nouveau Conseil consultatif, ou un mélange, prenne une décision sur un médicament pour un formulaire. Est-ce que c'est ça que vous voyez?

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, je dis que c'est certainement possible, parce que, dans le fond, nous avons, à l'Agence d'évaluation, toute l'expertise qu'il faut pour produire ce genre d'évaluations. Que les évaluations portent sur des technologies autres que des médicaments ou sur des médicaments, c'est la même expertise qui est nécessaire. Par contre, ce que je dis après-midi, c'est qu'il faut qu'on ait une façon concertée de développer ces choses-là. C'est-à-dire que, si on décide que l'évaluation des médicaments est faite à partir d'une agence du médicament — par exemple, en France, c'est le modèle qu'ils ont adopté, il y a une agence du médicament qui s'occupe uniquement de ça — bien, à ce moment-là, c'est cette agence-là qui va être responsable de produire des avis sur les médicaments.

Par contre, ce que je dis, c'est que, le modèle actuel, le Conseil consultatif de pharmacologie s'appuie sur d'autres organismes parfois qui peuvent fournir des avis d'évaluation sur le coût-efficacité de médicaments, et ceci les aide à produire un avis d'introduction d'un médicament sur un formulaire.

Mais, encore une fois, je pense que ça dépend de comment le dossier du médicament va évoluer. Il y a des hypothèses qui viseraient, par exemple, à regrouper différents partenaires impliqués dans le médicament, de regrouper sous un même chapeau ceux qui produisent des avis sur le formulaire et aussi ceux qui sont impliqués dans l'évaluation de l'utilisation des médicaments et de regrouper ces forces-là dans un même organisme. Donc, je pense que ça dépendra un peu de la suite des événements.

**M. Williams:** Et vous êtes prêts à offrir vos services?

**M. Battista (Renaldo N.):** Absolument.

**M. Williams:** C'est ça que je pensais.

**M. Battista (Renaldo N.):** Moyennant les ressources suffisantes. Évidemment, il y a beaucoup de choses à faire. Ha, ha, ha!

**M. Williams:** Oui, oui, j'ai compris ça. Ha, ha, ha!

● (16 h 20) ●

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Une autre question, M. le député de Nelligan.

**Suivi de l'étude de l'Agence sur les implants cochléaires**

**M. Williams:** Votre... et c'est plus le Conseil, parce que ça a été changé, mais les rapports annuels sont pleins de sujets tellement intéressants et complexes, et, titre après titre, les rapports sont... C'est extraordinaire! Je ne veux pas prétendre que... Je ne comprends pas tous les mots non plus de toutes les choses que vous avez étudiées, mais j'en ai trouvé une et j'ai voulu juste peut-être plaider la cause encore mais arriver avec une question dans quelques minutes.

Votre étude complétée en 1996 sur les implants cochléaires des adultes, enfants et dès la naissance, vous avez étudié ça. Vous avez aussi — j'ai trouvé ça intéressant — fait l'analyse de pas juste les coûts directs, comment ça coûte de le faire, mais vous avez aussi parlé d'années de vie ajustées par la qualité de la vie, que je trouve tellement intéressant. Vous avez recommandé que, peut-être, l'estimation de la demande est un maximum de 30 enfants par année mais peut-être 15 adultes nouveaux par année, total de 45. Je ne mets pas en question toutes les estimations parce que c'est une estimation. Quelques années plus tard, nous allons, le gouvernement, faire à peu près 36 implants cochléaires par année, et il y a une liste d'attente de plus de 120 personnes. Malheureusement, pour plusieurs, il y a une liste d'attente de plus qu'un an, un an et demi. J'ai voulu juste utiliser une chance de démontrer qu'il y a un problème encore. Je ne questionne pas votre étude.

J'arrive à ma question. Une fois que vous avez fait une étude comme ça, est-ce que vous voyez une responsabilité, un rôle, un devoir, une possibilité, une opportunité, je ne sais pas, de faire une évaluation. Une fois que vous avez une chose précise comme ça, vous pouvez, plus tard, faire une évaluation, particulièrement sur les implants cochléaires? Pensez-vous que ça peut être de plus en plus votre rôle de sortir un rapport comme ça, et, cinq, 10 ans, dans un délai raisonnable, faire une évaluation sur ça?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Battista.

**M. Williams:** Et particulièrement sur les implants cochléaires.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, M. Lance.

**M. Lance (Jean-Marie):** Mme la Présidente, cette question est intéressante. Bon, d'une part, c'est que l'Agence ne s'est pas impliquée jusqu'ici dans l'évaluation d'impacts, c'est-à-dire l'évaluation de l'introduction d'un programme ou encore du suivi des conclusions d'un rapport, parce qu'en fait le mandat que nous avons, l'interprétation que nous avons donnée à notre mandat n'était pas dans le sens d'aller dans le sens de l'évaluation d'impacts, parce que ce n'est pas du tout le même type de méthodologie, ce n'est pas le même type de recherche qui permet de faire cette évaluation.

On peut parler d'évaluation de programme, de recherches qui permettent justement de faire cela.

Mais on pourrait quand même interpréter, réinterpréter notre mandat et ouvrir la possibilité de contribuer à ce genre d'évaluation. Mais, par contre, le sujet de l'implant cochléaire nous préoccupe beaucoup, et, même, nous avons décidé de faire une mise à jour du dossier sur l'implant cochléaire, que nous sommes en train de préparer actuellement.

**M. Williams:** Ce n'est pas une question plantée, Mme la Présidente.

**M. Kelley:** Implantée.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Lance (Jean-Marie):** Et nous allons nous concentrer plus particulièrement sur les indications de l'implant cochléaire pour les enfants, pour les enfants nés sourds, donc sourds congénitaux, parce qu'il reste qu'il y a encore pas mal de discussion, de controverse sur la question.

Alors, nous sommes en train de faire cette évaluation, puis, même, on est allé un petit peu plus loin. C'est qu'on va même recueillir des données pour pouvoir faire une analyse coût-utilité de l'implant cochléaire pour ces enfants en tant que tels. Et donc, pour nous, comme on l'avait indiqué d'ailleurs au début de cette rencontre, quelquefois, nous décidons justement... On suit toujours un dossier pour voir s'il y a des nouveautés qui arrivent, et souvent nous prenons la décision de faire des mises à jour. Et celui qui nous aide à faire ce travail, disons que c'est quelqu'un qui est à Québec, qui connaît très bien le programme d'implant cochléaire, parce qu'il faisait partie de l'équipe. Et donc, on essaie justement de s'ajuster pour apporter la meilleure information possible. Mais ce dossier-là n'abordera pas à nouveau la question d'évaluation du programme en tant que telle.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Merci beaucoup. Merci particulièrement pour cette dernière réponse. Et je vais sortir les galées de la commission et je vais envoyer ça à quelques groupes, parce qu'ils seraient tellement contents qu'une autre instance gouvernementale est en train d'étudier cette question, qui est fort complexe, controversée, vous avez raison mais, pour ceux et celles qui croient à ça, c'est... les implants cochléaires, c'est fantastique pour ceux et celles qui veulent pour leurs enfants.

**Études et mises à jour  
d'études en cours à l'Agence**

Est-ce que, pas aujourd'hui, est-ce que vous pouvez juste peut-être fournir une liste des autres études que vous êtes en train de... dont vous avez déjà fait une évaluation et où vous avez un programme de mise à jour d'une étude? Vous pouvez peut-être juste fournir une liste plus tard, si on peut vous demander ça. Et, autre

chose, est-ce que... et peut-être c'est impossible de vous demander de faire ça, comme peut-être envoyer un document qui peut expliquer d'une façon simple comment on peut étudier la vie ajustée par la qualité de vie. Je veux juste comprendre ça. Parce que je voudrais mieux comprendre — souvent on discute juste les coûts d'un programme — comment on peut trouver une façon d'évaluer la qualité de vie. Peut-être que c'est trop vous demander mais, s'il y a quelque chose que je peux comprendre là, s'il vous plaît, envoyez ça.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Lance.

**M. Lance (Jean-Marie):** Mme la Présidente, disons qu'actuellement on n'a pas de liste sur les sujets qu'on prévoit mettre à jour. Il y en a déjà qu'on a amorcé, comme je l'expliquais. On a celui sur la brachythérapie que nous sommes en train de faire, on réexamine la question aussi du dépistage du cancer du sein pour les femmes de 40 à 49 ans, parce qu'on a déjà fait un dossier, on est en train de le mettre à jour. Donc, ça, ce sont ceux qui sont en cours. Il y en a peut-être d'autres que nous allons examiner, mais on n'a pas encore décidé quels autres sujets on va aborder.

Pour répondre à votre deuxième interrogation, dans la mise à jour sur l'implant cochléaire, comme on va recueillir des données, on va expliquer un peu plus les questionnaires qui permettent d'établir comment on établit la qualité de vie. Donc, il y aura des renseignements beaucoup plus complets et concrets sur cette dimension.

**M. Williams:** Merci. Et quand est-ce qu'on peut avoir ce rapport? Quand est-ce que vous pensez que vous allez finir ça? Au moins une cible.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Lance.

**M. Lance (Jean-Marie):** Mme la Présidente, disons qu'actuellement le rapport a dû être ralenti, parce que nous avons eu de la difficulté à recueillir les données, les données pour... Parce qu'en fait on recueillait des données pour des patients, des enfants qui avaient bénéficié de l'implant cochléaire, mais on voulait un groupe témoin d'enfants qui n'en bénéficiaient pas mais qui auraient pu être éligibles. Alors, on a eu de la difficulté à recueillir, à trouver des candidats éligibles, donc ça a retardé notre processus. Mais je pense que...

**M. Williams:** ...que vous voulez?

**M. Lance (Jean-Marie):** Pardon?

**M. Williams:** C'est une liste?

**M. Lance (Jean-Marie):** Ha, ha, ha! Je pense que d'ici six mois le document va être publié.

**M. Williams:** Merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. M. le député de Jacques-Cartier.

## Transfert de traitements à domicile

**M. Kelley:** Juste un commentaire que vous avez fait, Dr Battista, dans votre présentation, vous avez commenté qu'il y a une limite aux services ou aux traitements de l'hôpital qu'on peut transférer à la maison. Vous avez dit que ça, c'est un autre piste de réflexion. Vu que... Dans l'optique du virage ambulatoire et tous les changements qu'on est en train de faire dans notre système, j'ai noté ce commentaire avec intérêt. Alors, je ne sais pas si vous pouvez élargir sur cette... avec l'exemple, parce que la mode maintenant, c'est le traitement à domicile, il faut soutenir nos CLSC avec soins à domicile. Alors, c'étaient quoi exactement, les traitements ou les cas précis que vous avez visés avec ces commentaires?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Battista.

● (16 h 30) ●

**M. Battista (Renaldo N.):** Mme la Présidente, c'est peut-être plus une réflexion personnelle que je vais partager avec vous. Ma perception de tout ça, c'est que, depuis quelques années, il y a un engouement pour tout ce qui a trait aux traitements à domicile. Sauf que, plus on étudie le sujet, plus on étudie différents types de traitements à domicile, plus on se rend compte qu'il faut un support extrêmement important à domicile pour administrer un certain nombre de traitements. Et donc, ça, ça va à l'encontre des tendances sociales actuelles où les gens sont de plus en plus isolés, où le support familial est de moins en moins important. Et donc, moi, je vois une contradiction là-dedans, ce qu'on tente de faire avec les tendances sociologiques.

Et ce que je me dis aussi, c'est que, dans le fond, ce qui est extrêmement important, c'est de cesser, d'une certaine façon, de démoniser les hôpitaux. Je pense qu'il y a eu une tendance ces dernières années à démoniser tout ce qui est hospitalier. Moi, personnellement, je pense que l'hôpital joue un rôle extrêmement important dans un système de santé et dans une société. Il y a une fonction sociale importante et non pas uniquement médicale. Il faut peut-être qu'on retrouve quel est le sens premier d'un hôpital. Dans le fond, quand on retourne un peu dans l'histoire, on se rend compte que la personne qui devient malade est malade physiquement mais est malade aussi à d'autres niveaux et qu'il n'est pas impossible que, pendant un certain temps, il soit extrêmement heureux que la personne soit extraite du milieu familial pour se retrouver dans un endroit de cure.

Je pense qu'il faut retourner à ce concept initial qui a mené à la création des hôpitaux et, au XXI<sup>e</sup> siècle, refaire la part des choses: qu'est-ce qui doit être fait à l'hôpital, qu'est-ce qui peut être fait en ambulatoire et qu'est-ce qui peut être fait à domicile, et donc, au-delà des modes et des engouements, essayer de rétablir un équilibre par rapport à ces choses-là, de façon à ce qu'on ne débouche pas sur des excès. L'excès serait que la maison deviendrait un hôpital. Je ne voudrais pas personnellement que mon domicile devienne un hôpital. Bon. Alors, je pense que c'est dans ce sens-là que je dis: Il faut tempérer un peu l'engouement pour des modes, qui peut-être rétablir un équilibre dans tout ça, et

retrouver aussi la fonction première de l'hôpital et lui redonner l'importance qui lui revient dans un système hospitalier.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Oui, M. le député de Jacques-Cartier.

#### Pratique des congés précoces

**M. Kelley:** J'ai beaucoup aimé la distinction, parce que, même si ce n'est pas une maladie, mon épouse, parce qu'elle a... On est chanceux d'avoir cinq enfants, alors, elle est allée à l'hôpital cinq fois pour les naissances. Et les 24 heures de plus pour rester à l'hôpital, dans votre optique d'une pause de la vie quotidienne à la maison, pour mon épouse, étaient très précieuses, et elle était toujours quelqu'un qui a plaidé pour un 24 heures ou un 48 heures de plus, parce que, même si ce n'est pas pour un traitement, juste au niveau de casser la routine, pour faire une pause avant de... Parce que juste l'acte de naissance des fois, c'est assez difficile, ça prend beaucoup de force, d'énergie, alors de reprendre la force avant de reprendre les activités normales...

Je sais que vous avez publié en décembre 1997 une évaluation des risques et bénéfices des congés précoces. Je ne me rappelle pas c'était quoi, les conclusions. C'est quoi que vous avez conclu dans cette étude? Si vous ne l'avez pas, peut-être que vous pouvez m'envoyer ça, mais j'ai toujours trouvé ça comme une question intéressante, surtout pour nos jeunes mères de famille au Québec. Mais je pense que ça reflète un petit peu votre préoccupation que l'hôpital, il a des fins autres que uniquement les traitements ou uniquement un lieu d'accès aux équipements de haute technologie, mais un certain cadre, un certain répit, un certain répit de la routine d'une maison est également intéressant pour le patient, des fois.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Lance.

**M. Lance (Jean-Marie):** Alors, je n'ai pas en mémoire les conclusions précises de ce dossier. Mais, en fait, si je me souviens bien, on a insisté beaucoup sur la question de la sécurité, de la sécurité pour le nouveau-né. En fait, des études que nous avons consultées laissaient quand même un léger doute, un certain doute, et on a conclu que, peut-être, il y aurait besoin de faire des recherches supplémentaires, d'examiner les modes d'organisation, mais, en fait, que la pratique de congés précoces pouvait être très sécuritaire mais en autant qu'il y ait un système de suivi adéquat à domicile. Si ce système était implanté, donc il n'y aurait vraiment pas de problème.

D'ailleurs, on s'est impliqué par la suite, parce qu'on s'est associé en tant que partenaire décideur, on pourrait dire, à des projets de recherche qui, justement, étudient les modes d'organisation qui seraient les mieux pour assurer la plus grande sécurité dans le suivi du congé précoce post-partum.

Je voudrais revenir aussi sur la question des technologies utilisées à domicile. En fait, c'est un sujet qui nous préoccupe beaucoup et c'est pourquoi on est en

train de préparer un dossier sur les enjeux des technologies utilisées à domicile, puis on prend six technologies comme cas traceurs. Et ce qu'il y a d'intéressant aussi, c'est que la chercheuse qui travaille avec nous est aussi chercheuse à l'Université de Montréal, au GRIS, et elle fait un projet de recherche où elle a fait une enquête sur le terrain, au niveau des CLSC, pour voir quelle était la pratique, quelles étaient les difficultés, quels étaient les obstacles au niveau de l'utilisation de certaines technologies à domicile.

Donc, on voit qu'il y a un effort de convergence: on s'est associé à une équipe de recherche, en même temps on prépare un dossier, on va être capable de dire quelque chose sur les enjeux sociaux, éthiques, juridiques, économiques, organisationnels qui relèvent du transfert d'activités hospitalières à domicile.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci.

**M. Kelley:** Merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, est-ce qu'il y a d'autres... Alors ceci met fin à nos travaux. Dr Battista et M. Lance, je veux vous remercier, au nom de tous les membres, sincèrement. Ça a été quand même un exercice très, très enrichissant, très intéressant. Ça nous a permis de mieux vous connaître, de connaître, entre autres, ce que fait véritablement l'Agence. Donc, ça a été quand même un après-midi, là, très enrichissant. Alors, encore une fois, merci beaucoup, et on n'hésitera sûrement pas à revenir à la charge et vous inviter à nouveau. Merci.

**M. Battista (Renaldo N.):** Merci pour votre accueil.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** J'ajourne les travaux sine die.

*(Fin de la séance à 16 h 37)*