



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 5 décembre 2002 — Vol. 37 N° 99

Consultations particulières sur le projet de loi n° 113 — Loi
modifiant la Loi sur les services de santé et les services
sociaux concernant la prestation sécuritaire
de services de santé et de services sociaux (3)

**Présidente de l'Assemblée nationale:
Mme Louise Harel**

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, avenue Honoré-Mercier, 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

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 40010195

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 5 décembre 2002

Table des matières

Auditions (suite)	1
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	1
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES)	7
Ordre des pharmaciens du Québec	13
Association des hôpitaux du Québec (AHQ)	20
Association des CLSC et CHSLD du Québec	27
Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ)	35
Conseil québécois d'agrément (CQA)	42
Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS)	51
Regroupement des programmes d'assurances du réseau de la santé et des services sociaux	57
M. Jean Martel	64
Mémoire déposé	71
Remarques finales	71
Mme Sylvie Lespérance	71
M. Jean-Marc Fournier	72
M. David Payne	73
M. Roger Bertrand	73

Autres intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente
Mme Denise Carrier-Perreault, vice-présidente
M. Gilles Labbé, président suppléant

M. François Legault
M. Lawrence S. Bergman
M. Rémy Désilets

- * Mme Angèle St-Jacques, OIIQ
- * Mme Diane Saulnier, idem
- * Mme Linda Vaillant, APES
- * Mme Francine Lussier-Labelle, idem
- * Mme Manon Lambert, idem
- * M. Alain Bureau, idem
- * M. Paul Fernet, Ordre des pharmaciens du Québec
- * M. Marc Parent, idem
- * M. Pierre Ducharme, idem
- * M. Laurent Boisvert, AHQ
- * M. Sylvain Poirier, idem
- * Mme Michelle Dionne, idem
- * M. Jacques Lemire, Association des CLSC et CHSLD du Québec
- * Mme Andrée Gendron, idem
- * Mme Marie Caron, ACJQ
- * M. Alain Lindsay, idem
- * Mme Madeleine Rivard-Leduc, CQA
- * M. Michel Fontaine, idem
- * M. Murray Nixon, CCASS
- * M. Gilles Lanteigne, idem
- * Mme Martine Dufresne, Regroupement des programmes d'assurances du réseau de la santé et des services sociaux
- * Mme Michelle Dionne, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 5 décembre 2002

Consultations particulières sur le projet de loi n° 113

(Onze heures vingt et une minutes)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous souhaite la bienvenue, en vous mentionnant que la commission des affaires sociales est réunie afin de procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 113, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) va être remplacé par M. Bergman (D'Arcy-McGee); Mme Rochefort (Mercier), par M. Fournier (Châteauguay). Voilà.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie. Je fais lecture maintenant de l'ordre du jour. Nous rencontrerons l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. On devait les rencontrer à 11 heures, malheureusement on a un peu de temps de retard. Et j'avoue que la présidence est très inconfortable; sachant très bien que nos travaux en Chambre dépassent toujours le temps, alors ça nous coince un petit peu. Et j'espère que nos leaders pourront convoquer les gens de sorte qu'on puisse les entendre — c'est le leader du gouvernement — convenablement, et non pas en escamotant finalement les propos qu'ils ont à nous dire, et les questionner également.

Alors, à 11 h 45, ce sera l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec; 12 h 30, on suspendra nos travaux pour les reprendre à 15 heures avec l'Ordre des pharmaciens du Québec; suivi, à 15 h 45, de l'Association des hôpitaux du Québec; 16 h 30, l'Association des CLSC et CHSDL du Québec; 17 h 15, l'Association des centres de jeunesse du Québec, pour suspendre nos travaux à 18 heures et les reprendre à 20 heures avec le Conseil québécois d'agrément; 20 h 45, le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé; 21 h 30, le Regroupement des programmes d'assurances du réseau de la santé et des services sociaux; 22 h 15, c'est M. Jean Martel, qui est le représentant des victimes d'accidents inévitables; remarques finales à 23 heures, avec un ajournement à 23 h 35. Donc, une journée assez bien remplie.

Auditions (suite)

Alors, sans plus tarder, c'est avec beaucoup de plaisir que j'accueille maintenant les représentants et représentantes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Alors, nous nous excusons du retard et, sans plus tarder, je vous cède la parole. Vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire. Et naturellement, si vous pouvez un petit peu, bon, essayer

de diminuer le temps, ça permettra aux représentants, aux membres de la commission, de vous questionner.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Mme St-Jacques (Angèle): Alors, bonjour. Je suis Angèle St-Jacques, la vice-présidente de l'Ordre et, dans la vie de tous les jours, une directrice des soins. Et m'accompagnent aujourd'hui: M. Pierre Carrier, qui est représentant du public et membre du bureau, Mme Saulnier, qui est la secrétaire générale de l'Ordre, et Me Marchessault, la directrice des services juridiques.

Alors, notre présence ce matin s'inscrit dans notre soutien à ce projet de loi. L'Ordre désire souligner l'intérêt qu'il porte à ce projet. En tant que promoteur de la gestion des risques comme mécanisme de protection du public et d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts dans les établissements de santé, l'Ordre appuie les diverses mesures proposées par ce projet de loi. La création de comités multidisciplinaires de gestion des risques, la transparence associée au principe de déclaration et de divulgation des incidents et des accidents sont un élément qui, pour nous, favorise la prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux. D'ailleurs, en raison de la disposition particulière qu'elles occupent dans la prestation des soins et des services de santé, les infirmières se voient souvent confier différentes responsabilités en lien avec la gestion des risques. Et il est reconnu d'ailleurs que, dans la plupart des établissements, les rapports d'incidents et d'accidents sont le plus souvent remplis par celles-ci.

Donc, en tant qu'organisme de protection du public, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, donc, souscrit à ce projet de loi qui place la sécurité des usagers au cœur des interventions des activités du réseau. Alors, l'Ordre aussi tient à souligner que les diverses obligations et modalités prévues au projet de loi ne doivent pas rester lettre morte. Je pense qu'on souscrit de façon très forte à ce projet, on souscrit à ce que ce soit mis en application. On veut aussi que les conseils d'administration de chaque établissement puissent être en mesure d'adopter ces mesures et qu'ils aient aussi les ressources financières pour pouvoir appliquer ces mesures.

Bien que nous souscrivons à ce projet, nous suggérons certains amendements, et je vais mettre l'accent sur les points à clarifier.

Alors, en ce qui concerne l'article 4, qui touche l'agrément des services de santé et des services sociaux dispensés par les établissements, nous recommandons que la notion de sollicitation... Nous voulons insister comme quoi c'est vraiment toutes les mesures de démarche d'agrément. C'est quand même... Ça se révèle comme une mesure qui souligne la qualité des services et qui soutient une démarche continue. Donc, on ne veut pas seulement «sollicitation», mais on voudrait bien le faire remplacer par le mot «obtention».

On voudrait aussi que la loi prévoiè les coûts inhérents à l'obtention de l'agrément des services de santé et des services sociaux dispensés dans les établissements. Il faut considérer que lorsque les établissements souscrivent à une telle démarche, bien, il y a beaucoup de rencontres, beaucoup de comités qui doivent être mis en branle pour faire le suivi des activités, et ça, bien, ça se fait en sus des activités régulières, donc il faut prévoir les coûts.

La loi, aussi, précise les organismes... On voudrait qu'il y ait une précision sur quels sont les organismes d'accréditation reconnus par le ministère de la Santé, parce que le projet reste quand même silencieux par rapport à qui sont ces organismes. Et on voudrait aussi, en ce qui a trait à l'article qui touche les ordres professionnels, que le terme «intéressés» soit plutôt remplacé par les ordres «concernés».

En ce qui a trait à l'article 7 du projet de loi, donc, sur la composition et les fonctions du comité de gestion des risques qui est prévu, nous recommandons que la composition du comité de gestion des risques soit établie de la manière suivante: nous recommandons qu'il y ait, donc, un représentant des usagers; que le directeur général, ou une personne qui le remplace, soit désigné; qu'il y ait la présence du directeur des services professionnels, de la directrice des soins infirmiers; et qu'il y ait aussi un professionnel nommé par chacun des conseils consultatifs — le CMDP, le CII et le CM; et que la loi prévoiè aussi que le représentant du CII soit libéré par l'établissement afin d'accomplir ses fonctions au sein de ce comité de gestion de risques.

Ce comité, aussi, pourrait s'adjoindre d'autres personnes au besoin, donc que les fonctions du comité de gestion, aussi, des risques soient précisées de manière à inclure une évaluation et la surveillance des situations pouvant porter atteinte à la sécurité des personnes, dont les infections nosocomiales — parce que, pour nous, c'est un risque évident que, dans les établissements de santé, il y ait une transmission parfois de micro-organismes qui ne sont pas toujours souhaitables, mais qui se produisent; et aussi la formulation de recommandation auprès du conseil d'administration et qu'on s'attende à ce qu'il y ait un suivi de ces recommandations et des applications réelles dans les milieux.

En ce qui a trait à la divulgation de l'information à l'usager, l'article 2 du projet, qui propose d'ajouter à l'actuel article 8 un alinéa prévoyant qu'un usager a le droit d'être informé de tout incident ou accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus, on trouve que c'est une disposition qui est importante et qui consacre un droit si souvent invoqué à juste titre par les usagers, alors le droit de savoir les événements en cours de prestation qui les ont concernés. Parce que la divulgation de toute cette information-là est nécessaire, dans le fond, à un usager, puis ça s'inscrit dans un mécanisme de transparence qui a été mis de l'avant par le législateur.

● (11 h 30) ●

Tout comme en matière de déclaration d'incident et d'accident, l'utilisation des notions d'«incident» et d'«accident» peut porter à confusion dans la mesure où il n'y a pas encore de définitions dans le projet de loi: Qu'est-ce qui est un accident? Qu'est-ce qui est un

incident? Est-ce qu'il y a une gradation? Est-ce que un est un risque qui a été accompli, qui s'est réalisé, ou si, l'autre, c'est quelque chose qui aurait pu se produire? On voudrait avoir une clarification. Une telle définition, ça nous permettrait d'avoir une application uniforme et une compréhension uniforme à travers les établissements tant au niveau des intervenants que par rapport à l'usager.

De plus, considérant les conséquences que peut entraîner la divulgation inopportune chez un usager, l'Ordre est d'avis que le droit à l'information doit porter uniquement sur les événements qui sont susceptibles d'entraîner ou qui ont entraîné des conséquences. Parce que, pour travailler dans un établissement de santé, il y a plusieurs incidents qui ne se produisent pas, qu'on a pu éviter, et là, si on faisait un rapport de chaque incident à la personne, peut-être que... On ne voudrait pas créer un sentiment non plus de panique. On ne voudrait pas que les usagers aient envie de quitter l'établissement, même s'ils ont besoin de soins, parce qu'on leur ferait part de situations qui ont été évitées. Alors donc, nous recommandons de bien définir les notions d'accident et d'incident et puis, dans le cadre de la divulgation, de porter vraiment sur les événements susceptibles de donner des conséquences.

Quant à la déclaration obligatoire prévue à l'article 8 du projet, on s'interroge sur la pertinence de l'obligation du directeur général de l'un établissement d'aviser la régie régionale aussitôt qu'il est informé d'une déclaration. On voudrait comprendre l'objectif poursuivi par cette démarche, qu'est-ce qui arrive au niveau de la régie régionale et quel est le processus qui s'ensclenche suite à une déclaration.

Suite à la protection législative des renseignements et des documents prévue à l'article 7, nous avons des interrogations à l'égard des conséquences découlant du droit à l'information reconnu à l'usager en vertu de l'article 8 du projet. Nous voulons préciser qu'il est difficile d'analyser maintenant l'ensemble des tenants et des aboutissants de l'application de l'article. On voit aussi l'augmentation possible des poursuites en responsabilité civile ou la hausse des primes d'assurance exigée par les assureurs, qui sont pour nous des facteurs qui invitent directement les établissements de santé à réduire de façon significative les risques. Je pense qu'il faut voir dans un but de prévention toute cette démarche.

L'OIIQ soumet aussi que l'adoption de pareilles dispositions n'évite-t-elle pas de toute évidence l'implantation de régimes d'indemnisation basés sur la notion d'absence de faute — puisque la divulgation obligatoire, là, ça nous amène à cette constatation-là — qui nécessiterait, le cas échéant, une étude plus approfondie des avantages ou des inconvénients d'un tel système et des coûts qui en résultent.

L'intégrité de la personne fait appel au respect d'un droit fondamental pour nous et dont les ordres professionnels se doivent de respecter et de promouvoir. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec supporte ce projet de loi de façon forte, puisqu'il s'inscrit quand même dans notre ligne de pensée de protection du public. Nonobstant l'importance de cet objectif, nous nous interrogeons sérieusement sur les mesures qui devront être prises à court terme, s'il

s'agissait d'une phase transitoire, ou encore à plus long terme par les diverses instances concernées afin d'examiner attentivement les effets possibles et les conséquences financières de la mise en application des dispositions de ce projet de loi. Toutefois, les conséquences financières additionnelles doivent être mises en perspective avec l'importance de prévenir et de réduire les coûts sociaux découlant d'une atteinte à l'intégrité des personnes.

Alors, nous sommes maintenant disponibles pour les questions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme St-Jacques, pour la présentation de votre mémoire. Sans plus tarder, je cède la parole au ministre.

M. Legault: Oui, Mme la Présidente. Je voudrais d'abord remercier Mme St-Jacques et les personnes qui l'accompagnent. Merci aussi à ceux qui ont travaillé à l'Ordre des infirmières et infirmiers sur cette présentation.

Peut-être, d'abord, première question. Concernant la déclaration, vous nous dites: Bon, il faudrait mieux définir incident et accident. Je pense qu'on en a effectivement beaucoup discuté. Vous proposez d'ajouter aussi que ce soit seulement les événements qui sont susceptibles d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur l'état de santé. Il y a aussi des représentants des médecins qui nous ont dit qu'il faudrait que cette déclaration soit faite seulement par des personnes, des employés, là, infirmières ou personnel, qui ont été témoins de l'incident ou de l'accident en question. Et puis il y a plusieurs médecins qui sont venus nous dire, là, entre autres, hier, qu'il y avait une crainte que ce projet de loi, de la façon qu'il était écrit actuellement, nous amène à une forme de délation puis à un climat négatif dans les équipes de travail. J'aimerais ça avoir votre opinion concernant justement comment on devrait... Là, je comprends que, vous aussi, vous proposez, là, qu'on améliore la définition d'incident et accident, mais je voudrais savoir, là, comment vous voyez d'abord... On parlera tantôt de la divulgation, là, mais d'abord, au niveau des actes qui devraient être déclarés puis par qui, comment vous voyez ça?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme St-Jacques.

Mme St-Jacques (Angèle): Si on fait référence au contexte actuel, les infirmières du Québec, comme on l'a expliqué dans notre mémoire, c'est elles qui déclarent le plus les incidents et les accidents qui se produisent dans l'établissement. Et ce qu'on voit, c'est que ce n'est pas nécessairement le témoin, c'est la personne qui découvre qu'il s'est passé un incident ou qu'il y a eu un accident qui va faire la déclaration. Donc, actuellement, on ne procède pas nécessairement en termes de qui est le témoin. Nonobstant certaines circonstances, il nous arrive qu'on trouve quelqu'un qui a fait une chute. On n'est pas témoin de la chute mais on va la documenter pour essayer de prévenir. Donc, pour nous, la question d'être témoin visuel, pour nous, ça ne fait pas partie de nos obligations, là. Parce qu'on fait

déjà la déclaration sur... On découvre un fait, un incident puis on le documente. On le fait comme ça actuellement puis on ne voit pas pourquoi on changerait notre méthode à ce sujet-là.

M. Legault: Les représentants des médecins qui sont venus témoigner ici nous ont dit, si on n'apporte pas cette précision de devoir avoir été témoin, qu'il y a un risque qu'il y ait un impact négatif sur le climat de travail puis que ça devienne un peu de la délation puis du oui-dire et puis qu'il y ait un risque de ce côté-là. Est-ce que vous voyez de votre côté un risque dans ce sens-là?

Mme St-Jacques (Angèle): Mais je ne toucherais pas au oui-dire ni à... Mais, je veux dire, ce qu'on fait actuellement, c'est qu'on soulève des faits, on constate un incident, on constate qu'il y a eu un erreur qui s'est produite ou qu'il y a un geste qui a été fait de façon erronée, même si on constate, des fois, la résultante ou on constate avec les registres qu'il y a eu un erreur ou qu'il s'est glissé une omission ou qu'il y a eu une double action, etc. Donc, on fonctionne comme ça et ça ne nuit pas actuellement au climat de travail, tant entre collègues, de savoir que l'infirmière X a oublié telle chose ou elle a fait deux fois telle chose et que c'est l'infirmière du quart suivant qui la trouve, qui va faire la déclaration. Et, actuellement, ça n'a pas d'impact sur les relations de travail. Je ne vois pas, interprofessionnel, non plus ce que ça pourrait changer.

M. Legault: Donc, si je vous comprends bien, là, vous seriez peut-être d'accord qu'on précise être témoin, mais pas nécessairement témoin pendant que l'accident ou l'incident se produit, mais ça pourrait être aussi de la résultante de l'accident ou de l'incident. Mais est-ce que vous êtes d'accord pour quand même ajouter qu'on doit être témoin, là, que ça ne peut être: J'ai entendu dire qu'il y avait eu un accident?

Mme St-Jacques (Angèle): Non, non. Ça, non. Mais, pour moi, si on tient compte que constater quelque chose, c'est être témoin de quelque chose, même si on n'a pas vu l'action se produire, on constate un fait, donc on est partie prenante un peu. Sans avoir été l'acteur principal, on constate. Donc, ça, on peut s'entendre sur ce...

M. Legault: Maintenant, concernant la divulgation, dans votre code de déontologie, vous parlez de déclaration, mais vous ne parlez pas de divulgation. Là, aujourd'hui, vous nous dites: On est d'accord avec le projet de loi. Et, encore là, il y a des groupes de représentants des médecins qui sont venus nous dire: La divulgation devrait toujours passer par le médecin, puis c'est le médecin qui devrait décider si on divulgue ou non. Qu'est-ce que vous pensez de ces affirmations qui sont faites par les représentants des médecins?

Mme St-Jacques (Angèle): Bien, nous, notre code à nous précise que l'infirmière doit déclarer et ne doit pas chercher à dissimuler. Je dirais, la coche qui vient maintenant, c'est de le déclarer à l'utilisateur, à la personne concernée. Donc, pour nous, c'est une

séquence qu'on trouve normale, mais ça devrait être le professionnel le plus proche de l'incident qui devrait en aviser l'usager. Donc, en...

M. Legault: Mais est-ce que vous seriez d'accord pour laisser le médecin responsable de cette divulgation?

Mme St-Jacques (Angèle): Oui, Mme Saulnier veut...

Mme Saulnier (Diane): Est-ce que je peux intervenir?

M. Legault: Oui, oui, allez-y.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Saulnier.

Mme Saulnier (Diane): En fait, il est prévu dans le projet de loi différentes modalités dont le conseil d'administration doit définir eux autres mêmes les règles de fonctionnement internes à chaque établissement. Et ces situations sont souvent parfois très délicates, et je pense que c'est à l'établissement à définir sa propre démarche de divulgation de l'information d'un accident auprès d'un usager. Il est possible qu'à certaines situations ce soit le médecin, parfois ça pourrait être une infirmière-chef, ça peut être le directeur général lui-même. Et je pense que l'établissement doit définir ses propres mécanismes pour aviser le patient de l'accident.

● (11 h 40) ●

Maintenant, effectivement, nous, on incite beaucoup les infirmières à les déclarer, les accidents, puis à prévenir des accidents ou des causes qui pourraient se produire, mais, au niveau de la divulgation, je pense qu'on ne peut pas avoir une règle mur à mur. Ça doit être un intervenant. Je pense qu'il faut un peu de souplesse dans le réseau et permettre aux gens d'avoir... Aussi, c'est toute une toute d'approche auprès de la clientèle où, je pense, parfois il est préférable que ce ne soit pas la personne qui a commis soit le geste ou l'erreur, que ce soit quelqu'un d'autre, et parfois c'est préférable que ce soit la personne elle-même. Alors, tout est à analyser, évaluer en fonction de la réaction de l'usager et de ses proches et des mécanismes internes au milieu. Et ça, vous avez très bien mentionné dans le projet de loi que l'établissement doit définir ces règles-là, et je pense qu'il doit y avoir une souplesse à ce niveau-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Saulnier. Oui, Mme St-Jacques, en complément.

Mme St-Jacques (Angèle): Oui, je pourrais ajouter qu'il faudrait aussi voir dans la divulgation un mécanisme de soutien aussi à la personne qui a été victime d'un accident.

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

M. Legault: Oui. Maintenant, bon, vous nous dites que vous êtes d'accord avec la création d'un comité

de gestion des risques, mais vous nous dites: La composition de ce comité de gestion des risques devrait être établie de la manière suivante. Vous suggérez que, dans tous les cas, il y ait un usager, le directeur général ou la personne qu'il désigne, le directeur des services professionnels, la directrice ou la responsable des soins infirmiers, un professionnel qui est nommé par le CMDP, un autre par le CI, un autre par le CM. Bon, ma question, c'est de savoir: Est-ce que vous pensez que cette composition devrait s'appliquer à tous les types d'établissements? Ça semble quand même peut-être un peu lourd d'avoir la même composition pour un grand hôpital que pour un petit établissement. Je voulais juste voir, là, quand vous dites: Il faut absolument que ce soit de la façon suivante, est-ce que vous êtes ouverts à ce qu'il y ait quand même une certaine flexibilité?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme St-Jacques.

Mme St-Jacques (Angèle): Il peut y avoir certaines modalités qui s'appliquent en fonction du type d'établissement, mais je rappelle que la liste des gens pour laquelle on veut que le comité soit constitué, ce sont des gens qui ont déjà une responsabilité au niveau de la qualité de l'exercice, au niveau de la qualité des services qui sont dispensés. Donc, ce sont vraiment les représentants-clés dans les établissements. Donc, je pense que la plupart des paliers, si on regarde un établissement plus petit, CLSC ou encore certains CHSLD, ils ont quand même des représentants qui jouent ces rôles-là. Et je pense que ce sont ces acteurs-là qu'on privilégie.

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

M. Legault: Merci.

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

M. Fournier: Oui, bien, Mme la Présidente, je permettrais qu'une première question soit posée par mon collègue de D'Arcy-McGee, responsable des ordres professionnels.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de D'Arcy-McGee.

M. Bergman: Merci, Mme la Présidente. Merci pour votre présentation. C'est un mémoire qui est très intéressant. On sait, dans notre système professionnel, la protection du public, c'est la base de notre système professionnel, et aussi on sait l'importance de transparence et prévention de récurrence des événements. Mais vous faites mention de la nature incriminante des déclarations qui seraient faites par les professionnels, des fois contre eux-mêmes, et vous parlez d'augmentation possible des poursuites en responsabilité civile. Quel serait l'effet sur vos membres, en relation de l'assurance professionnelle que vos membres doivent maintenir en vertu du Code des professions et en vertu

de vos règlements? Quel serait l'effet sur vos membres?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme St-Jacques.

Mme St-Jacques (Angèle): Comme je vous disais, actuellement, les membres de l'Ordre, ce sont les personnes qui remplissent le plus de déclarations, dans le fond, d'incident, d'accident dans les différents établissements. Donc, ça fait comme déjà partie de notre culture, et bien sûr qu'avec les déclarations actuelles, même si l'usager n'était pas d'office avisé de tous les incidents, il reste que, dans le processus disciplinaire ou dans les processus de... on se servait déjà des déclarations parfois pour aller à un autre palier. Donc, dans notre culture, dans notre fonctionnement, ce serait un maintien de notre rôle de protection du public. Donc, pour nous, ça ne changera pas beaucoup, à court terme, notre façon de déclarer et de réagir et d'analyser les déclarations pour faire de la prévention, et que, quand un intervenant, infirmière ou infirmier, a posé un geste qui est grave, bien, je veux dire, ça ne nous a jamais empêchés de poursuivre à un autre palier, et ça va continuer.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de D'Arcy-McGee, ça va?

M. Bergman: Oui.

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

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous saluer, de vous remercier de votre présence, particulièrement Mme St-Jacques, qui a la bonne idée d'oeuvrer pour la communauté du grand Châteauguay. Mais, cela étant dit, je vais vous proposer... On va avoir à faire l'article par article la semaine prochaine probablement, et, si le document... si, dans le projet de loi, on parlait de «qu'il a constaté un accident, un incident ou un état de fait pouvant résulter d'un accident ou d'un incident», ça collerait à ce que vous venez nous dire.

J'ai pris connaissance de votre mémoire, où vous parlez des infections nosocomiales. J'essaie de comprendre, parce que, selon vous, ce n'est pas visé par le projet de loi ou, selon vous, parce que...

Mme St-Jacques (Angèle): On veut s'assurer qu'on n'oublie pas ce fait-là comme incident ou accident. Le fait d'avoir contracté une infection pendant le séjour dans un établissement, c'est des choses qui arrivent, on ne veut pas que ce soit occulté ou que ce soit oublié.

M. Fournier: Est-ce que, selon vous... Je veux savoir si je vous comprends. Est-ce que, selon vous, c'est couvert par le projet... À mon avis, oui. Moi, je pensais que c'était couvert par le projet de loi, puisqu'on doit constater quand il y a un accident ou un incident ou un état de fait. C'est comme ça qu'il est écrit. Est-ce que ce libellé ne couvre pas les infections nosocomiales?

Mme St-Jacques (Angèle): Comme il n'y a pas de définition claire et précise de ce qu'est un accident, ce qu'est un incident, on voudrait être sûr que, dans la définition, ça inclut les infections.

M. Fournier: O.K. À la page 10, vous dites que vous vous interrogez quant à la pertinence de l'obligation faite au directeur général d'aviser la régie régionale aussitôt qu'il est informé d'une déclaration. Alors, essayons de creuser ensemble, puis, si jamais on a besoin d'aide, on va demander au ministre de nous aider pour répondre à votre interrogation. Est-ce que vous croyez qu'il est utile, je ne parle pas du moment, pour l'instant, mais qu'il est utile que l'établissement communique avec la régie pour que l'information circule, en fait, que tout le monde soit au courant des accidents qui se sont produits, pour éviter qu'ils se répètent ailleurs aussi, dans le fond? Est-ce que, ça, vous êtes d'accord avec ça?

Mme Saulnier (Diane): Je suis d'accord avec la circulation d'information, mais il faudrait s'entendre aussi quel est le niveau de déclaration. Est-ce que c'est tout incident, tout accident qui est déclaré à la régie? Est-ce que... de façon... d'office. C'est l'objectif après ça: Que fait la régie? Parce que l'analyse, les recommandations vont, dans un premier niveau, se travailler au niveau de l'établissement. Alors, quel va être le rôle de la régie une fois informée? Quelles vont être les suites? Ça, pour nous, ce n'est pas clair.

M. Fournier: J'imagine qu'il y a deux genres de déclaration. Non, il y a un genre de déclaration, mais il y a différents types d'accident ou incident. Il y a ceux qui sont du type, bien: ça ne se répétera peut-être pas ailleurs mais c'est un fait qui s'est produit ici et qui nécessite d'abord et avant tout que le comité s'intéresse à savoir quelle est la vraie cause avant d'aller faire une déclaration, si on ne sait pas encore la cause. Alors, votre interrogation est peut-être aussi sur le moment de la communication de l'information, puisque c'est au stade de la déclaration. Et, au stade de la déclaration d'une constatation, on est loin du stade de la compréhension de l'état de fait qui est arrivé. Alors, ce que vous nous dites, c'est peut-être... Déjà, au niveau du moment, ce n'est pas une évidence. Par ailleurs, vous voudriez que soit un peu clarifié le genre de cas qui doit être transféré à la régie et ceux qui n'ont pas besoin de l'être. C'est un peu ça?

Mme St-Jacques (Angèle): Est-ce que c'est tout incident grave, est-ce que c'est l'ensemble des incidents ou est-ce que c'est le rapport des incidents, des accidents qui se sont produits? Pour nous, il y a besoin de clarification.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous aviez un complément de réponse, Mme Saulnier?

Mme Saulnier (Diane): Bien, c'était... Effectivement, le mécanisme qui est prévu n'est pas indiqué, mais il demeure qu'on se questionne: Est-ce que la régie régionale, qui doit être avisée, doit être avisée à chaque accident qui se produit ou seulement les accidents médiatisés ou les accidents plus graves ou des accidents

qui auraient une portée générale mais qu'on ne sait pas encore s'il peut se produire dans un autre centre? En fait, ce questionnement-là, on ne sait pas du tout ce que la régie régionale va faire avec ces informations et quels paliers ça va suivre par la suite.

Alors, nous, on se demandait s'il n'y a pas lieu plutôt qu'à la régie régionale il n'y ait pas plutôt une démarche qui serait plutôt un rapport annuel de l'établissement sur les activités du comité de gestion de risques et du type de recommandation qui est soulevé par les comités de gestion de risques, qui pourrait être regardé, là, au niveau régional. Mais est-ce que, là, par rapport à chaque accident... Des fois, ça va être difficile pour les établissements, s'il y a une obligation là, au directeur général. Je vais vous dire que parfois ça peut aller au-delà de 1 000, 1 500, 2 000 accidents par année dans un établissement d'environ 450 lits, environ. Et ça, c'est quand ils sont déclarés de façon plus régulière dans un établissement, parce qu'on sait qu'ils ne sont pas tous déclarés partout. Alors, c'est là où on se questionne sur le rôle de la régie régionale et cette obligation dans le projet de loi, pour le directeur général, d'en informer la régie.

● (11 h 50) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, dernier commentaire, M. le député. Bref commentaire.

M. Fournier: On a eu souvent l'occasion de voir les infirmières qui dénonçaient, entre guillemets, les conditions de pratique, parce que ce n'est pas évident, qu'il y a des complications, la pénurie oeuvrant là-dedans puis l'environnement de travail. Est-ce que, selon vous, il existe en ce moment, dans les conditions de pratique, des éléments de causes à certains accidents? Vous parlez de 2 000 par établissement, est-ce que la pénurie, par exemple, les conditions de travail, les conditions de pratique pour les infirmières font en sorte que ça peut devenir des causes d'accident ou d'incident? Si la réponse est oui, trouvez-vous que les éléments comme ceux-là devraient interpeller aussi le gouvernement ou que ça devrait être limité au conseil d'administration de l'établissement?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Brève réponse, Mme St-Jacques.

Mme St-Jacques (Angèle): Nous avons déjà fait mention des effets de la pénurie dans notre étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements. C'est sûr qu'il peut y avoir un effet et il faut que l'établissement et que les gestionnaires prennent tous les moyens pour contrer la pénurie ou trouver des façons d'organiser le travail. Mais il reste que, de façon plus large, bien, je pense que chacun des paliers a un niveau de responsabilité, mais l'établissement doit quand même trouver des façons sécuritaires de dispenser les soins à la population qui se présente chez elle.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, Mme la députée de Joliette, vous avez trois minutes, questions et réponses.

Mme Lespérance: Alors, merci d'être venus, chers collègues. J'aurais deux interrogations. D'abord, j'endosse à 100 % le contenu du rapport. Ma première

interrogation: Compte tenu de votre inquiétude par rapport à la déclaration au niveau de la régie, est-ce que, si on indiquait dans le projet de loi que ce sera laissé à chaque établissement, le comment ils vont informer la régie, ça pourrait être acceptable? À savoir que, si un établissement pense que c'est un rapport annuel dans les circonstances d'accident, d'incident, elle pourra le déterminer, le conseil d'administration pourra le déterminer et, vice versa, si les établissements sont plus petits puis qu'effectivement ils veulent s'assurer du suivi puis de la collaboration, bien, ils pourront avoir cette latitude-là plutôt que de faire du mur-à-mur.

Et, dans la deuxième question, pour faire suite à ce que mon collègue parlait, de pénurie, si je regarde, pour avoir travaillé 25 ans dans le milieu, on fait déjà ça. En tout cas, tout au moins à l'intérieur de notre profession, on remplit déjà les déclarations. Dans presque tous les hôpitaux, on a des comités de gestion de risques. Qu'est-ce qu'une politique comme ça va changer? Est-ce que ça va amener une lourdeur additionnelle dans le milieu? O.K.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme St-Jacques.

Mme St-Jacques (Angèle): En réponse à la première question, je reviens sur le besoin de clarifier l'objectif poursuivi dans la déclaration à la régie régionale. Si l'objectif est clair et précis, les établissements vont savoir quel est le moyen le plus efficace de communication, mais je ne voudrais pas que ce soit... en tout cas, on ne voudrait pas que ça devienne quelque chose aléatoire avec une approche différente d'un établissement à l'autre, si l'objectif est clair.

Pour votre deuxième question, comme je crois que l'objectif, c'est vraiment qu'il y ait de la transparence et qu'on ait une connaissance beaucoup plus fine de l'importance des accidents et des incidents qui se produisent auprès de la population, je pense que c'est juste de perfectionner déjà des mesures qui sont en place et d'aller jusqu'à la divulgation, ce qui n'était pas fait. Actuellement, on remplit le formulaire, le formulaire va au dossier du patient, mais la plupart des usagers ne sont pas au courant qu'il y a une telle ou telle omission de médicament ou double dose, ou etc. Donc, ils quittent sans savoir vraiment ce qui s'est passé. Donc, pour nous, c'est vraiment une meilleure transparence, une meilleure connaissance de l'ampleur pour qu'on puisse aller vers la prévention. Si on connaît bien les choses, on va pouvoir prévenir.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, malheureusement, c'est tout le temps qui est mis à notre disposition. Mesdames, messieurs, au nom de tous les membres, merci d'avoir accepté de participer à cette commission.

Alors, sans plus tarder, je demanderais au prochain groupe, c'est-à-dire l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec à bien vouloir prendre place.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous accueillons maintenant les représentants et

représentantes de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Je cède la parole à Mme Linda Vaillant, qui en est la présidente. Veuillez nous présenter les personnes qui vous accompagnent, et vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

**Association des pharmaciens
des établissements de santé du Québec (APES)**

Mme Vaillant (Linda): Merci, Mme la Présidente. Mmes et MM. membres de la commission des affaires sociales, j'aimerais vous remercier, au nom de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, l'APES, de nous recevoir ce matin sur le projet de loi n° 113. Je suis accompagnée de notre premier vice-président, M. Alain Bureau; à ma droite, Mme Francine Lussier-Labelle, qui est la deuxième vice-présidente; et, à côté de moi, Mme Manon Lambert, la directrice générale de l'Association.

Alors, les pharmaciens d'établissements ont toujours été très préoccupés par la prestation sécuritaire des services de santé. En fait, les pharmaciens sont au coeur d'un système qui est celui de l'utilisation des médicaments qui recèlent un potentiel de traitement extraordinaire, on le sait, mais aussi, malheureusement, la capacité de porter gravement atteinte aux individus. Et, pour pouvoir poser un jugement adéquat sur le projet de loi, nous avons pensé qu'il était important d'adopter la perspective du patient et de voir en quoi les modifications législatives proposées vont permettre de répondre aux préoccupations du patient.

Nous croyons donc qu'un système idéal d'utilisation des médicaments devrait viser à répondre aux demandes qui suivent.

Si j'étais un patient, je voudrais obtenir mes médicaments à l'endroit qui me convient et au moment que je choisis; je voudrais recevoir les médicaments appropriés à mon état.

Si j'étais un patient, je voudrais être compris par mon médecin, mon pharmacien, en ce qui concerne mes attitudes et mes craintes envers la prise de médicaments; je voudrais qu'ils comprennent et qu'ils respectent mes limites eu égard aux effets indésirables que je suis en mesure ou que je suis prêt à tolérer.

Si j'étais un patient, je voudrais qu'on prenne en considération, dans le choix des médicaments qu'on me propose, ma capacité et ma volonté de payer; je voudrais prendre seulement les médicaments dont j'ai besoin; je voudrais que les médicaments ne me causent aucun problème qui aurait pu être évité.

Si j'étais un patient, je voudrais obtenir tous les renseignements qui me sont nécessaires afin de consommer mes médicaments de façon responsable, appropriée et sécuritaire; je voudrais qu'on me fournisse les médicaments dans un emballage et une étiquette qui me conviennent, un emballage que je suis en mesure d'ouvrir et de manipuler facilement, une étiquette et des instructions que je peux lire et que je peux comprendre facilement; je voudrais être en mesure aussi de parler rapidement à un professionnel de la santé quand je ressens des symptômes ou des effets que je crois être reliés à la consommation de mes médicaments.

Finalement, si j'étais un patient, je voudrais aussi qu'on me confirme périodiquement que les

médicaments que je prends produisent bien les résultats escomptés.

Alors, sur le projet de loi comme tel, nous ne ferons de commentaires que sur les quelques articles qui posent des difficultés d'application, à notre sens, ou avec lesquels nous ne sommes pas d'accord.

Tout d'abord, la divulgation. D'entrée de jeu, la thèse souscrit évidemment aux principes du droit à l'usager d'être rapidement informé d'un accident dont il aurait été victime. Pourtant, tel que libellé, l'article 2 pose un certain nombre de problèmes qu'il nous apparaît important de soulever à cette étape-ci de la consultation. Alors, le droit des usagers à être informés, dans le projet de loi, porte à la fois sur la survenue d'un incident et d'un accident — on en entendait parler un petit peu plus tôt — et ces deux termes ne sont pas définis dans le projet de loi, pas plus qu'ils ne le sont dans l'actuelle Loi sur les services de santé et les services sociaux. Et, dans ce contexte, il nous apparaît important de préciser le sens des mots dans la loi, parce que ne pas le faire risque de conduire les établissements à adopter leur propre définition et peut-être que ces définitions ne seront pas cohérentes avec celles de l'établissement voisin. Nous croyons que l'accident devrait faire référence à une réalisation du risque pour un usager donné, donc l'atteinte du patient, alors que l'incident devrait faire référence à un événement pour lequel il n'y a pas eu de conséquences mais qui aurait pu, en d'autres occasions, atteindre le patient.

● (12 heures) ●

Alors, si l'Association est pleinement d'accord avec le fait que tout accident, selon le sens que je viens de vous proposer et qui a causé ou qui est susceptible de causer des dommages à un patient, doit être divulgué, il en va autrement des incidents. Par exemple, pourquoi divulguer un incident où un usager a reçu la bonne dose du médicament grâce à l'intervention du pharmacien au moment de la prescription? Dans la mesure où à l'une ou l'autre des étapes du système on prévient la réalisation du risque, c'est probablement parce que le système a bien fonctionné. Il est clair qu'il faut limiter au minimum le nombre d'incidents parce que plus un système produit d'incidents, plus il y a risque que ces incidents se transforment éventuellement en accidents. C'est pourquoi il nous apparaît important non pas de divulguer les incidents à l'usager, puisqu'il n'a pas subi de conséquences, mais de les déclarer selon une politique en vigueur dans l'établissement, en vue de compiler les données, de les analyser et, surtout, d'appliquer des mesures correctives.

Le projet de loi n° 113 prévoit aussi la formation d'un comité de gestion des risques. L'APES y est favorable. Néanmoins, nous pensons qu'il faut prendre garde, au moment de rédiger les règles de fonctionnement de ce comité, de respecter les autres structures qui sont déjà en place dans l'établissement, en vue d'éviter des duplications de travaux ou, pire encore, d'éviter d'obtenir des avis contradictoires sur certaines situations. Il est important pour nous — particulièrement — que les travaux de ce comité soient arrimés à ceux du CMDP, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, dont l'un des principaux rôles est justement de surveiller la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.

Le projet de loi n° 113 crée aussi l'obligation pour les établissements de santé de s'assurer de fournir des services de santé et des services sociaux de façon sécuritaire. Ça nous apparaît essentiel. Mais quels sont les moyens offerts aux établissements pour remplir cette obligation? Nous comprenons très bien les problèmes importants de sous-financement du réseau de la santé, mais nous ne pouvons passer sous silence des évidences scientifiques qui démontrent que des technologies liées à la distribution des médicaments apportent des bénéfices considérables en prévenant des incidents et en prévenant des accidents.

Les automates, comme on les appelle, sont de bons exemples de ces technologies. Malheureusement, leur coût peut parfois sembler élevé, et, compte tenu de choix locaux, régionaux, provinciaux, l'acquisition de ces technologies n'est pas toujours traitée avec le même niveau de priorité. Nous croyons en fait que ces appareils devraient être inclus à la liste des équipements médicaux spécialisés et bénéficier des mêmes enveloppes budgétaires. S'il est primordial pour un établissement d'avoir des outils diagnostiques hautement spécialisés, comme la résonance magnétique, par exemple, pour rendre des services à la population, il ne peut pas être jugé moins important de fournir un système de distribution sécuritaire à cette même population.

Alors, comme le projet de loi est muet sur les moyens et qu'il s'agit de notre domaine d'expertise, nous avons pensé essayer de vous décrire le système idéal d'utilisation des médicaments, en vue de répondre toujours aux conditions d'utilisation des médicaments posées par le patient lui-même, tel qu'on le faisait en introduction. Le système idéal est tout d'abord régi par des processus standardisés et dynamiques. Chaque fois qu'on introduit une nouvelle technologie dans l'établissement, elle est précédée d'une période de formation qui permet aux professionnels et aux employés de maîtriser adéquatement ces nouveaux outils.

On en arrive à la rédaction de l'ordonnance. Le médecin rédige ses ordonnances électroniquement. Ces systèmes, où les médecins font la saisie électronique de leurs ordonnances, ont démontré un potentiel très intéressant en termes de réduction du nombre d'accidents liés à la pharmacothérapie. Au moment où il prescrit les médicaments, le médecin peut toujours recourir à l'expertise du pharmacien qui se trouve directement sur l'unité de soins et qui est un membre de l'équipe. Il y a d'ailleurs une importante étude qui a démontré qu'il existe une forte corrélation entre la présence de pharmaciens et cliniciens sur les unités de soins et la réduction du nombre d'accidents liés à la pharmacothérapie. Ce sont des données qui sont tirées d'une étude américaine qui a colligé l'information de plus de 1 000 établissements sur une période d'environ 10 ans. On note une prévalence moindre d'accidents dans les établissements où les pharmaciens sont présents dans les équipes médicales sur les unités de soins. L'étude a permis d'observer d'ailleurs la corrélation inverse lorsque, au contraire, les pharmaciens sont confinés à des activités de distribution dans la pharmacie.

Malheureusement, vous le savez, les établissements de santé sont touchés actuellement par une très grave pénurie de pharmaciens. On constate qu'il manque environ 10 % des pharmaciens actuellement, dans le

réseau de la santé au Québec — 10 %. En pharmacie, quand il y a un manque d'effectifs qui survient, la tendance de la majorité des établissements, c'est de rapatrier les pharmaciens dans la centrale de distribution et d'éliminer les services cliniques, ces mêmes services dont je viens de vous parler qui ont le bénéfice de réduire les accidents liés à la pharmacothérapie. C'est une situation qui nous préoccupe beaucoup, et on considère que c'est une situation à laquelle il va falloir s'attaquer tôt ou tard. Le ministère a mis énormément d'énergie pour régler la pénurie des infirmières. Malheureusement, jusqu'à présent, on ne peut pas en dire autant pour ce qui est de la pénurie des pharmaciens d'établissement.

J'en reviens à notre système idéal. Alors, le système idéal que nous imaginons prévoit ensuite la validation de l'ordonnance par le pharmacien. L'ordonnance peut être transmise électroniquement à la pharmacie; la pharmacie traite l'ordonnance et décide si elle peut tout de suite distribuer la médication à partir de cabinets automatisés sur les unités de soins ou si elle doit préparer et livrer le médicament.

Les pharmaciens doivent être soutenus par du personnel technique qualifié et des automates, en se servant aussi, par exemple, de la technologie de code à barres, qui permet de valider les différentes étapes de vérification. Les médicaments sont servis dans un format «prêt à servir», pour une durée maximale de 24 heures; c'est ce qu'on appelle le système de distribution unidose. L'utilisation de la technologie du code à barres permet d'éliminer un nombre important d'accidents qui sont liés à l'utilisation de mauvais médicaments. Les infirmières au chevet du patient peuvent aussi bénéficier de cette technologie pour s'assurer qu'elles administrent le bon médicament au bon patient.

Finalement, quand on considère l'ouverture des professionnels qui l'entourent, le patient se sent alors à l'aise de contribuer à son traitement et de poser des questions quand un doute survient dans son esprit. C'est aussi une façon de réduire les accidents.

Dans un autre ordre d'idées, le rapport du Comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation des soins de santé recommandait la création d'un registre central des renseignements sur les accidents et les incidents. Malheureusement, cette recommandation n'est pas reprise dans le projet de loi. Devant plusieurs exemples concrets vécus à travers le système d'utilisation des médicaments, cette omission nous laisse inquiets.

À notre avis, il y a certains accidents qui pourraient être évités grâce à la présence d'un registre central qui permettrait de rétroagir auprès de l'ensemble des établissements. Nous pensons qu'il faut à tout prix éviter qu'une erreur, une même erreur, se reproduise dans plusieurs établissements différents avant que des actions concrètes soient posées.

Finalement, nous comprenons très bien que la victime première d'un accident est le patient. Toutefois, nous pensons qu'il est faux de croire que cette situation ne produit qu'une seule victime. Le professionnel de la santé qui cause l'accident subit aussi des conséquences significatives et, dans la recherche d'une prestation sécuritaire des services de santé, il ne faudrait pas que

les établissements sous-estiment cette dimension du problème, et il faudra mettre en place les mesures de soutien appropriées pour permettre au professionnel de traverser cette épreuve.

En conclusion, l'Association accueille très positivement la venue de ce projet de loi. Il s'agit, dans notre perspective, d'un premier pas dans la bonne direction d'une prestation plus sécuritaire de nos services de santé et des services sociaux. Néanmoins, il y a encore loin de la coupe aux lèvres, selon nous. En effet, la loi peut sûrement permettre d'instaurer un climat de transparence, d'adopter une culture orientée vers la prévention des risques, mais il faudra procurer aux établissements et aux professionnels de la santé des moyens de réaliser leurs ambitions, et ce, toujours dans la perspective de répondre aux besoins de nos patients.

Je vous remercie de votre attention. Nous sommes prêts pour vos questions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est moi qui vous remercie, Mme Vaillant. M. le ministre.

M. Legault: Oui, Mme la Présidente. Je voudrais remercier Mme Vaillant et les personnes qui l'accompagnent. Merci beaucoup. Je suis heureux de constater que, sur les principes au moins du projet de loi, vous êtes d'accord. Bon. Vous nous dites que vous avez des préoccupations au niveau des moyens. Je pense que, dans un deuxième temps, le ministère de la Santé et des Services sociaux va sûrement terminer l'évaluation de ces aspects qui sont plus dans la gestion du projet de loi lui-même.

Peut-être, pour commencer, une question, là: Dans votre préface, il y a quelque chose qui m'a fait sauter tantôt. Vous dites: «Si j'étais un patient — au numéro 4 — je voudrais qu'on prenne en considération dans le choix des médicaments qu'on me propose ma capacité et ma volonté de payer.» Je ne sais pas, je pensais qu'on avait un système qui était accessible, un bon régime d'assurance médicaments. Pourquoi le médecin devrait tenir compte de la capacité et de la volonté de payer du patient avant de choisir des médicaments? J'avoue, j'ai beaucoup de difficultés avec ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Labelle.

Mme Lussier-Labelle (Francine): Bien, c'est clair qu'il demeure malgré tout, avec le régime d'assurance médicaments, qu'il y a une franchise, qu'il y a une coassurance et que, dans certains cas, même pour certaines clientèles, on est limitée à ce niveau-là. Je comprends qu'on a une certaine couche de la population pour laquelle, effectivement, il n'y a pas de franchise, il n'y a pas de coassurance, mais on a toujours une portion des gens où c'est plus limitée. Or, parfois, dans le choix des médicaments, on peut choisir un médicament excessivement coûteux qui fait le travail, mais on peut choisir un médicament moins coûteux qui va le faire également. Il faut donc juste s'assurer que, si cette personne-là fait partie de la couche où c'est plus fragile, donc elle a à payer pleinement la franchise de la

coassurance, que, si on peut diminuer — compte tenu que c'est une proportion du prix du médicament — si on peut diminuer cette participation-là, on va choisir le médicament qui est le moins coûteux, qui fait le travail. C'est dans un contexte d'une bonne utilisation des médicaments, je pense.

M. Legault: Je ne sais pas. Moi, je pensais que le médecin a toujours la responsabilité de choisir le médicament qui est le plus approprié et le moins coûteux. C'est parce que... Je pense que c'est un principe avec lequel je ne suis absolument pas d'accord. Vous êtes en train de nous dire: Si la personne qui est dans le bureau du médecin est une personne qui est riche, on prescrit un médicament; si c'est une personne qui est pauvre, on prescrit un autre médicament. J'ai beaucoup de difficultés avec ça, là.

● (12 h 10) ●

Mme Vaillant (Linda): Non. Je pense que je vais vous donner un exemple. On peut prendre, par exemple, n'importe quel type d'infection, O.K. On peut avoir un antibiotique qui est très peu coûteux dont la prise est un petit peu plus compliquée parce que ça va être de trois à quatre fois par jour, sur 10 jours, versus un nouvel antibiotique qui va faire le même travail, dont la prise est plus simple: ça va durer trois jours ou cinq jours la prise du médicament, et ça va être une ou deux fois par jour. La tendance peut être souvent, pour toutes sortes de raisons, que le médecin va prescrire la nouveauté. On va prescrire le dernier médicament sans nécessairement tenir compte de la capacité de payer de l'individu qui est devant lui, alors qu'il serait possible de donner un traitement qui est moins dispendieux. Alors, ce qu'on se dit, c'est que, quand on est le patient, probablement que ce serait intéressant de tenir compte de cet... Est-ce que ça vous dérange, monsieur, madame, de prendre quatre fois par jour le médicament 10 jours ou de le prendre deux fois sur trois jours: il y a une différence de prix qui est considérable? Mais, à l'heure actuelle, on n'est pas convaincus que c'est fait dans toutes les situations.

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

M. Legault: Ce qu'on a discuté quand on a présenté un projet de loi sur le régime d'assurance médicaments, c'est de travailler avec les médecins puis même avec les pharmaciens dans certains projets-pilotes pour assurer une utilisation optimale des médicaments. D'aller dire que c'est comme si on ne faisait pas une utilisation optimale ou on ne visait pas une utilisation optimale, que, dépendamment de la capacité de payer du patient, on n'aurait pas le même médicament, je vous avoue, là, que je suis totalement en désaccord avec vous, là. Totalement.

Une voix: ...

M. Legault: Après.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, tout à l'heure, vous aurez l'occasion d'intervenir, Mme la députée de Lavolette.

Mme Lussier-Labelle (Francine): Mais je reviens sur l'exemple. À un moment donné, les patients sont en mesure de prendre des décisions, et de leur donner le choix entre dire: Écoute, tu vas simplifier ton traitement, ça va durer cinq jours au lieu de 10 jours, tu vas le prendre une fois par jour, mais voilà, tu vas...

M. Legault: Est-ce que c'est un traitement plus simple, moins simple? Mais de dire que vous proposez que le médecin ait une recommandation différente selon la capacité de payer du patient, ça, j'avoue que ça n'a pas de bon sens, là.

Mme Lussier-Labelle (Francine): Avec tous égards sur l'interprétation que vous faites, je pense que l'interprétation n'est pas la bonne. Comme je vous dis, l'exemple est exactement le... On ne prendra pas le même médicament dans les deux cas, sauf que, considérant la volonté du patient, est-ce que je veux effectivement avoir un traitement simplifié? Puis si j'ai un traitement simplifié, c'est un autre médicament, je choisis un autre médicament. Or, il y a peut-être une tendance actuellement de choisir ce nouveau médicament-là parce que c'est plus simple. Mais, si on donnait le choix au patient de choisir entre l'un ou l'autre, peut-être qu'il choisirait le médicament le moins cher qui fait le même travail mais qui a une durée d'utilisation plus longue. Alors, je pense que... En tout cas, j'ai de la difficulté à voir comment vous interprétez, à partir de cette...

M. Legault: Bien, je prends pour acquis que les médecins ont la responsabilité d'avoir une utilisation optimale, donc de recommander le médicament approprié mais qui est le moins coûteux possible. Pour ce qui est de la façon plus facile ou non de prendre le médicament, ça, c'est autre chose, mais de dire: Si j'étais un patient, je voudrais qu'on prenne en considération dans le choix des médicaments ma capacité de payer... En tout cas, on va passer à un autre sujet, là, mais je veux juste vous dire que je suis en total désaccord avec vous de ce côté-là.

Je veux revenir sur la divulgation. Les pharmaciens, vous êtes déjà sujets à un code de déontologie qui prévoit la divulgation d'accidents. J'aimerais peut-être que vous nous fassiez part de votre expérience. Est-ce qu'il y a des obstacles que vous voyez dans la divulgation? Est-ce qu'il y aurait, peut-être pour nous servir un peu, pour nous aider dans notre projet de loi, avec les médecins puis le personnel dans les hôpitaux, est-ce que vous auriez des recommandations à nous faire? Qu'est-ce qu'on peut faire pour faciliter la divulgation, de la part des professionnels, d'accidents qui sont survenus?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Lambert.

Mme Lambert (Manon): Oui. Bien, écoutez, on est dans un contexte... C'est clair que, du côté de la pharmacie, il y a la pharmacie communautaire et la pharmacie d'établissement. Du côté communautaire, le pharmacien est directement en relation avec son patient,

tandis que, en établissement, le pharmacien travaille avec une équipe interdisciplinaire, et donc les responsabilités sont davantage partagées.

J'entendais le questionnement tantôt justement par rapport à: Qui doit divulguer? Comment ça doit être divulgué? Mais j'étais plutôt d'accord avec l'intervention de nos collègues infirmières qui disaient que la politique de divulgation en place dans l'établissement doit permettre la souplesse pour s'assurer effectivement que ce sera le ou les professionnels qui se sentent le plus à l'aise et qui sont déjà en relation avec le patient. J'ajouterais, par rapport à ce qui a été dit auparavant: Il faut déjà être en relation avec le patient. Alors, même si on a été... on a découvert un incident ou un accident, bien, je pense qu'il faut avoir une relation avec le patient qui a subi l'accident.

Donc, cette politique-là devrait effectivement laisser de la souplesse pour s'assurer qu'il y aura discussion au sein de l'équipe de soins et que ce seront les gens qui se sentent le plus à l'aise d'aller divulguer... ce n'est pas simple, aller divulguer un accident à un usager. Donc, ce sera la personne la plus à l'aise, et ça évitera la question du sentiment de délation et tout ça. Si l'équipe communique et que l'équipe décide ensemble que c'est tel ou tel ou tel professionnel qui va y aller, ça évitera ce sentiment-là. Donc, il faut laisser la latitude en place, la latitude dans les établissements.

D'autre part, à notre dernier... on fait une fois par année un séminaire administratif et, il y a deux ans, ça portait sur les accidents évitables. Et je dois vous dire qu'on a commencé, nous, à donner de la formation aux professionnels sur comment divulguer un accident, comment entrer en communication avec un usager qui a subi un accident, qui est dans un état d'esprit qui peut varier d'une personne à l'autre, et ce n'est pas facile. Donc, je me demande si effectivement — mais là, ce n'est peut-être pas au niveau du projet de loi mais au niveau des établissements — est-ce que, suite à l'adoption du projet de loi, on ne pourrait pas prévoir qu'il y ait une certaine formation ou que le gestionnaire des risques à l'intérieur de l'établissement soit responsable de faire une certaine formation aux professionnels pour s'assurer que la divulgation va être faite correctement. Parce qu'il ne s'agit pas non plus de susciter des inquiétudes trop grandes, il ne s'agit pas de minimiser les inquiétudes non plus, si ce n'est pas le cas, il faut s'en tenir aux faits. Donc, tout ça, c'est assez complexe et je pense qu'une formation professionnelle serait intéressante.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Brefs commentaires, M. le ministre?

M. Legault: Oui, une dernière question: Vous mentionnez dans votre mémoire qu'il pourrait y avoir un danger de duplication ou d'avis contradictoires concernant les mandats du nouveau comité de gestion des risques et du CMDP. Est-ce que vous pouvez nous parler un petit peu de quelles contradictions ou quel danger vous voyez, puis comment on pourrait faire pour éviter ce danger?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Lussier-Labelle.

Mme Lussier-Labelle (Francine): Bien, au niveau... C'est clair que, comme on le disait tantôt, que ce soit le CMDP ou le CI ou n'importe lequel ou le conseil multi, ces conseils-là ont la responsabilité d'évaluer la qualité des actes de leurs membres. Alors, en termes de duplication, c'est clair qu'il faut s'assurer que le comité de gestion des risques va avoir un mandat qui va être plus d'analyse de la situation, de prévention, de recommandation sur la prévention des risques.

Si ça devait toucher la qualité de la pratique d'un individu en particulier, s'il devait y avoir des mesures de prises en ce sens-là, je crois que ça revient définitivement au niveau du CMDP. C'est le rôle du CMDP. S'il devait y avoir une analyse un petit peu plus fine des situations, le principe de travail au niveau des CMDP, c'est une évaluation par les pairs, hein? On a différents comités. On a le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique et c'est à ce comité-là qu'on va faire l'évaluation de l'acte. On va aller vérifier: est-ce que la qualité de l'acte y était? Et, souvent, ça prend un certain jugement entre pairs pour être en mesure de déterminer... Ce n'est pas toujours simple de voir, dans un accident donné: effectivement c'est ça, le bobo, c'est ça, la cause puis c'est ça. Alors, si on n'a pas des pairs, ça devient un petit peu plus difficile.

Donc, il faut juste s'assurer, effectivement, que, s'il y a quelque chose qui touche l'évaluation de l'acte... À la limite — évidemment, ce n'est pas ce qu'on veut, on ne veut pas que ce soit quelque chose de coercitif — mais, à la limite, si ça devait toucher des questions de discipline, bien, il faut être certain que ce soit retourné là où ça doit être traité dans un établissement.

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

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous saluer et vous remercier pour votre venue. Je vais peut-être m'infiltrer pendant quelques secondes ou quelques minutes dans le débat que soulevait le ministre.

Moi, je regardais votre point 4 — si j'étais un patient — et le point 7, et j'ai l'impression qu'ils sont un peu du même ordre. C'est-à-dire que vous voulez que le patient soit informé du meilleur usage possible du médicament pour qu'il y ait une meilleure consommation possible du médicament. Le rapport Tamblin nous a abondamment dit que la capacité de payer un médicament avait un impact sur la consommation du médicament. On se souvient: c'est prendre la pilule ou manger ou choisir l'épicerie ou la pharmacie. Et je pense que ce que vous voulez dire, c'est que cette discussion-là... En fait, il veut être informé mais peut-être que les deux... c'est peut-être une communication dans les deux sens, il faut aussi que la prescription tienne peut-être compte de cela et qu'il y ait un échange sur la capacité. Parce qu'il ne faut pas oublier ça — je pense que le ministre ne le disait pas tantôt, mais il est au courant de la chose — il y a quand même des codes de déontologie, il y a quand même des obligations. Et les obligations professionnelles, c'est de donner le bon médicament, ce n'est pas de donner le médicament que tu es capable de te payer au risque que ce soit un médicament qui ne correspond pas à ton état de santé.

Alors, ça, c'est au-dessus, c'est une obligation de donner le bon médicament, sauf qu'il y en a beaucoup, de médicaments, et il y en a qui peuvent faire le... qui peuvent remplir le même travail, obtenir le même résultat par des moyens différents et, parmi ceux-ci, des fois il y a des distinctions au niveau des coûts, mais sauf que le patient, lui, il ne le sait pas. Puis il arrive là, on lui donne ça, il s'en va à la pharmacie puis il s'aperçoit que ce n'est pas pour tout le monde. Il y en a qui ont beaucoup de moyens puis qui ne cassent pas la tête, il y en a qui ont des assurances puis ils ne se cassent pas la tête, mais il y en a que ça a un effet, et je pense que c'est ce que vous vouliez dire. Et, à cet égard-là, je suis... moi, je m'inscris en faux avec le ministre. Je pense que c'est important que les patients soient au courant et, même, je dirais même: que les médecins soient au courant, qu'il y ait un échange et que les gens puissent se dire où on en est, étant entendu que, en tout état de cause, c'est le meilleur médicament qui est donné. Ça, ça va de soi, à moins que le ministre ne souhaite pas que ce soit ça, mais je pense qu'il le souhaite, mais ça, c'est... Il me semble important qu'il y ait cette communication-là qui soit faite.

● (12 h 20) ●

Vous parlez... Je vais revenir sur un chiffre, parce que vous le donnez en pourcentage. C'est une question bien courte. Vous parlez de la pénurie à 10 %. Ça fait combien, en termes absolus?

M. Bureau (Alain): Ça fait autour de 90 pharmaciens présentement sur un total... on devrait être autour de 1 178 pharmaciens puis on est 1 080, ça fait que c'est autour de entre 90 et 100 pharmaciens. On parle vraiment de postes où les budgets sont accordés aux établissements puis que ce n'est pas comblé présentement.

M. Fournier: O.K. Dans le mémoire que vous nous déposez, vous nous dites... vous parlez du registre central, d'une part, et, en même temps, vous nous parlez aussi de l'importance que vous soyez équipés. Vous le dites à la page 5, mais je vais aller à la page 11 parce que vous le faites, dans la conclusion, de façon encore plus claire. Je vais vous demander s'il y a un lien entre les deux, si le registre central peut permettre de pallier à ça comme moyen de communication. Ce que vous soulevez, c'est qu'il y a différents paliers — le local, le régional, le national — qui prennent des décisions, qui font des choix, et vous faites une conclusion: «Pour aspirer à la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, il faut non seulement créer un environnement propice à la prévention des risques, mais également donner aux principaux acteurs, les professionnels, les gestionnaires et travailleurs [...] les moyens d'améliorer leur prestation de services.» J'imagine que ça — et vous avez touché le point de la pénurie, tantôt, là — j'imagine que ça veut dire: s'assurer qu'il y ait suffisamment de monde qui rentrent dans les écoles et qui en sortent pour qu'ils puissent... travailler sur la pénurie et qu'il n'y en ait plus. Ça fait partie des équipements aussi que vous avez mentionnés.

Vous venez nous dire: Voilà un beau projet de loi qui fait une partie du travail, mais, si on veut vraiment être honnêtes avec les citoyens qu'on dessert,

ce n'est pas juste de regarder la chaîne de titres ou la chaîne d'événements qui nous amènent à un accident ou à un incident. Une fois qu'on a vu qu'il y a une cause, il faut travailler dessus. Alors, des fois, le travail se fait au niveau local, au niveau de l'établissement, c'est des gestes qui doivent être changés; des fois, c'est peut-être au niveau régional et, parfois, c'est au niveau national. Quel est le moyen? Est-ce que vous pensez que le registre central est un moyen d'interpeller le gouvernement dans ses choix nationaux, là, qui ont des conséquences qui peuvent être la pénurie, qui peuvent être l'achat d'équipements, qui peuvent être les allocations de fonds pour différents équipements avec lesquels vous travaillez? Est-ce que c'est le registre central qui est le meilleur moyen pour interpeller le gouvernement dans ces choix-là pour que lui aussi se sente partie prenante à une meilleure gestion des risques?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Lambert.

Mme Lambert (Manon): C'est sûr que c'est un outil. Est-ce que c'est le seul outil? Non, je ne pense pas. Je pense qu'il y a différents autres moyens de faire des représentations. Mais c'est clair que si, au moyen d'un registre national, on s'apercevait... Parce que l'idée d'un registre national, c'est de vraiment à un moment donné effectivement analyser les causes, faire l'analyse des causes, et c'est sûr que si on se rendait compte qu'on multiplie un nombre d'accidents dans différents établissements et qu'une des causes, c'est un problème d'équipements, bien, peut-être que, effectivement, ça peut à un moment donné donner une certaine idée des priorités qui devraient être mises en place. Ça peut l'être au niveau... à l'intérieur des établissements aussi. Comme je disais: Il ne faut pas attendre — et on a donné un exemple dans notre mémoire — il ne faut pas attendre qu'un accident qui s'est produit chez le voisin arrive chez nous, si on a un problème d'allocation à l'interne des ressources. Parce qu'il y a aussi à l'interne parfois des choix, des priorités, qui ne sont pas toujours faits de façon à assurer vraiment une prestation sécuritaire, parce qu'à un moment donné il y a des ressources limitées, puis on fait des choix, puis on y va selon nos propres barèmes. Donc, c'est sûr que, ayant davantage connaissance des causes dans un registre national, moi, je pense que ça peut être un outil intéressant en ce sens-là, absolument.

M. Fournier: Vous parliez tantôt, pour la pénurie que vous évaluez à 90, 100. Est-ce que, au cours des prochaines années, il y a suffisamment d'entrées dans les facultés, qui font en sorte qu'on peut se dire que cette pénurie-là est à la veille de s'estomper, ou bien s'il doit y avoir un effort plus grand qui est mis pour qu'on en forme plus?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Bureau.

M. Bureau (Alain): On a reçu il y a deux semaines les derniers chiffres qui viennent du groupe de planification de main-d'oeuvre du ministère de la Santé.

Malheureusement, le rapport qui a été pondu il y a deux ans, la conclusion, c'est que c'est pire que ce qu'on pensait, et, pour les établissements de santé, d'ici 15 ans, dans 15 ans, on devrait avoir environ le tiers des postes de pharmaciens en établissements de santé qui ne seront pas comblés. On se dirige vers ça. C'est-à-dire que ça va s'aggraver.

Ce phénomène-là ne tient pas compte non plus de ce qui se passe en officine, à l'extérieur du réseau de la santé. Il y a quand même 83 % des pharmaciens qui ne travaillent pas en établissements de santé, c'est-à-dire la très grande majorité. Eux aussi sont en pénurie, puis les derniers chiffres tendent à démontrer qu'on pourrait s'en aller jusqu'à une pénurie autour de 2 000 pharmaciens, tous secteurs de travail confondus, c'est-à-dire que ces gens-là vont avoir à réagir eux autres aussi, puis ils ont peut-être — c'est le milieu privé — des possibilités de réaction différentes de ce qu'on connaît, là, dans le réseau de la santé. Ça fait que c'est très préoccupant comme situation, très préoccupant.

M. Fournier: L'an passé, j'avais assisté à un petit bout de votre assemblée générale ou colloque qui parlait sur ce thème-là, et vous aviez d'ailleurs fait un sketch sur la façon qu'a tout ce qui est extérieur aux pharmaciens en établissements de venir chercher vos ressources, puis, finalement, ça devient de plus en plus dramatique.

Quelles sont les solutions que vous préconisez à court terme pour l'ensemble des pharmaciens? On parle d'un manque de 2 000. Est-ce qu'on doit ouvrir les admissions ou on doit inciter les gens à faire ce cours-là? Quels sont les éléments?

Et, par ailleurs, lorsqu'on finit ou lorsqu'on s'inscrit même dans un travail en établissement, comment on réussit à garder, à faire la rétention des gens qui commencent, là? Outre le fait — et c'est ce que vous aviez dit — que vous travaillez dans le sous-sol puis que ce n'est pas agréable là. Mais, à part de ça, quels sont les autres éléments sur lesquels on peut travailler?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Bureau.

M. Bureau (Alain): O.K. C'est clair, là, qu'on a établi des plans d'action avec le ministère, là, dans cette ligne-là. On s'est attardés, dans notre cas, probablement plus sur justement l'aspect de la profession en établissement de santé. C'est clair que c'est le volet qui nous préoccupe le plus. Il y a... On a plusieurs éléments qui sont de l'organisation de travail puis un des exemples, c'est la satisfaction des gens à travailler.

Ce qu'on mentionnait tout à l'heure: On a des pharmaciens qui ont étudié quatre ans, cinq ans d'université pour venir en établissement de santé, et puis le premier réflexe d'un établissement parfois, c'est de ramener les pharmaciens, quand il y a une pénurie, à faire de la distribution de médicaments et à ne plus jouer son rôle auprès du patient directement. C'est des choses qu'on a à retravailler. Puis ce qu'on sait, c'est qu'on travaille des dossiers comme la délégation à des assistants techniques, on a l'automation dont on a parlé,

qui est un outil qui pourrait aider à amener les pharmaciens à être plus sur les étages mais qui coûte souvent beaucoup de sous. Ça fait que c'est des dossiers comme ça qu'on travaille.

C'est clair aussi que, à un moment donné, par contre, il va falloir qu'on regarde des choses peut-être, là, plus concrètes, là, c'est-à-dire des ententes de travail.

M. Fournier: Qu'est-ce que vous voulez dire par là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Bref commentaire, M. le député de...

M. Fournier: Qu'est-ce que vous voulez dire par les ententes de travail?

M. Bureau (Alain): Les ententes de travail, c'est-à-dire que vous savez que la dernière entente a pris huit ans à être négociée puis que ça a été très difficile puis que ça ne s'est pas terminé comme les pharmaciens d'établissements le souhaitaient.

M. Fournier: Et est-ce que vous êtes dans une phase de revoir cette dernière entente en ce moment ou c'est prévu pour beaucoup plus tard? Quel est le climat présentement?

M. Bureau (Alain): Bien, là, on a fait comme tout le réseau puis on a accepté une prolongation d'un an. Mais c'est clair qu'à un moment donné on va retomber en négociation.

M. Fournier: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, c'est tout le temps. Au nom de tous les membres, merci d'avoir accepté de participer à cette commission. Je suspends les travaux, à 12 h 30.

La Secrétaire: À 15 heures.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je m'excuse, à 15 heures.

(Suspension de la séance à 12 h 28)

(Reprise à 15 h 4)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): La commission va donc reprendre ses travaux. Je vous rappelle que nous allons poursuivre les consultations particulières et tenir les auditions sur le projet de loi n° 113, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Alors, tel que mentionné sur l'ordre du jour pour cet après-midi, nous recevons donc maintenant l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Alors, messieurs, bonjour. Bienvenue à cette commission. Je demanderais à la personne responsable de bien vouloir se présenter et de nous présenter les

gens qui l'accompagnent, et je vous rappelle que vous avez 15 minutes pour nous présenter votre mémoire.

Ordre des pharmaciens du Québec

M. Fernet (Paul): Alors, je me présente. Mon nom est Paul Fernet. Je suis le président de l'Ordre des pharmaciens du Québec. M'accompagnent, à ma droite, M. Pierre Ducharme, secrétaire général de l'Ordre, et, à ma gauche, M. Marc Parent, pharmacien exerçant au CHUQ, ici, dans la région de Québec.

Alors, Mme la Présidente, Mmes et MM. les députés, nous vous remercions de prendre le temps de recevoir nos commentaires sur le projet de loi n° 113. Ainsi que je le disais, il y a quelques instants, à certains d'entre vous, nous avons 15 minutes pour émettre nos commentaires, mais il est possible même que je n'utilise pas au complet ce 15 minutes là pour avoir la chance de pouvoir prolonger un peu la période de questions.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): D'accord.

M. Fernet (Paul): Je vous dirai, d'entrée de jeu, que, de façon générale, à l'Ordre des pharmaciens du Québec, on partage les objectifs visés par le projet de loi, et qui, donc, découle des recommandations du rapport Francoeur, du rapport qui était destiné... du comité qui étudiait toute la problématique et la question des erreurs commises dans les établissements de santé.

Depuis longtemps, les pharmaciens se sont souciés de la question des erreurs relatives à l'utilisation des médicaments. J'en veux pour preuve l'adoption, en juin 1980, chez nous, à l'Ordre, d'un guide sur la prévention et la gestion des erreurs reliées à la médication et, également, un article de notre code de déontologie qui ne se retrouve pas dans tous les codes de déontologie des professionnels de la santé — je cite l'article 3.02.04 — et qui mentionne que «le pharmacien doit, le plus tôt possible, informer son patient de toute erreur qu'il a commise en lui rendant un service professionnel». Alors, cette disposition-là est intégrée depuis de nombreuses années dans la culture des pharmaciens, et ça vous démontre, donc, le souci que nous avons à l'égard du traitement et de la prévention des erreurs.

Donc, si nous partageons les objectifs généraux qui découlent de la pièce qui est présentée, du projet de loi, nous devons vous dire cependant que nous sommes d'avis que des modifications devraient être apportées afin que l'objectif supérieur de transparence soit correctement atteint par le biais de l'adoption de cette future loi. Je résumerai nos avis, nos recommandations et nos commentaires sous quatre aspects. Le premier étant que le projet de loi, à notre avis, ne définit pas et n'opère pas non plus de distinction suffisamment entre un incident et un accident, des termes qui sont appliqués tour à tour aussi bien à l'étape de la déclaration que de celle de la divulgation. Et, à notre avis, ça entraîne des problèmes très importants en termes de mise en oeuvre.

De plus, l'introduction dans les définitions, à l'article 2 et à l'article 8 en particulier, des termes «susceptibles d'entraîner des conséquences significatives» donnent, je dirais, une élasticité d'interprétation telle

qu'il nous semble que ça va rendre très risquée l'application de ces articles-là sur une base qui risque, tout à l'heure, d'être grandement arbitraire.

Nous sommes donc d'avis qu'il est grandement souhaitable que tous les événements, incidents comme accidents, soient déclarés, mais que la divulgation pour sa part soit limitée à l'accident et non à l'incident. Dans un contexte d'ailleurs où l'accident signifierait, selon nous — et comme on le disait antérieurement: cela mériterait d'être précisé aux définitions qui se trouveraient placées à la loi elle-même — donc, dans un contexte où l'accident ne signifie pas un événement susceptible de créer une complication ou un préjudice, mais bien ayant entraîné une conséquence pour l'usager. Alors, de cette façon-là, nous sommes d'avis que nous éliminerions de grandes difficultés d'interprétation et d'application qui risquent, tout à l'heure, comme je le disais, d'être arbitraires.

Deuxième plage d'observation concerne une nouveauté qui est celle par laquelle le projet de loi enjoint aux établissements une recherche d'agrément. Nous voyons, au projet de loi, qu'il est fait une obligation de transmission aux ordres du résultat d'une demande d'agrément par les établissements. Nous sommes d'avis que les recommandations qui, le cas échéant, sont contenues à un rapport, à un tel rapport de missions d'agrément devraient également être transmises aux ordres professionnels qui, rappelons-le, ont une mission également de contrôle de la qualité de l'acte. Et, ainsi que vous l'avez noté à la lecture de notre mémoire, on a des événements, récemment, qui nous portent à croire qu'il serait très bonifiant qu'un maximum d'information entre les organismes chargés de faire ces missions d'examen là soient amenés à transmettre de façon beaucoup plus étroite l'information qui résulte de ces missions d'examen là aux ordres professionnels.

Une troisième plage d'informa... de commentaires, pardon, concerne, au projet de loi, la mécanique selon laquelle les règles adoptées par les conseils d'administration des établissements devront être mises en place en vue de s'assurer une gestion optimale de la divulgation.

• (15 h 10) •

Ainsi que nous l'avons mentionné à notre mémoire, nous sommes d'avis qu'une mauvaise information ou une information mal transmise peut être tout au moins aussi dommageable ou préjudiciable qu'une absence d'information. En ce sens, il nous semble que le projet de loi, bien que, d'une certaine façon, ait la sagesse de reconnaître une certaine latitude aux établissements dans l'adoption de ces règles-là, devrait encadrer de façon plus étroite, je dirais minimalement, un certain nombre de règles en vue de s'assurer que l'information, dans ses modes de transmission, soit adéquatement effectuée.

Alors, en résumé, quelques points au soutien de cette réflexion-là. On est d'avis, à l'Ordre des pharmaciens, que, par exemple, un mécanisme d'arbitrage devrait être prévu, particulièrement dans les cas où une erreur ou un incident ou un accident résulte d'une cascade d'événements qui rendent difficile la différenciation de la responsabilité d'un professionnel ou d'un autre ou d'où origine en réalité la problématique qui est à l'étude ayant entraîné un accident, et donc qu'on devra

divulguer à un patient pour éviter que ce dernier ne devienne confus avec l'information qu'on lui livre et tantôt, du point de vue d'un intervenant ou d'un autre. Alors, un mécanisme, nous semble-t-il, d'arbitrage pourrait être prévu.

Les qualifications requises maintenant par la personne chargée de la divulgation nous semblent importantes. L'obligation d'une consultation de cette personne-là, chargée de la divulgation auprès des personnes qui ont été impliquées de très près dans la commission de l'accident, afin d'avoir un portrait complet de la situation avant d'aller rencontrer l'usager, afin de s'assurer donc que l'information transmise soit de meilleure qualité. L'obligation également d'être accompagné d'un professionnel du domaine le plus étroitement associé à la nature de l'accident à être divulgué de façon à ce que, à la première ou à la deuxième question de l'usager pour comprendre davantage la situation, que la personne chargée de la divulgation ne se trouve pas dans une incapacité de répondre adéquatement aux questions légitimes du bénéficiaire ou de l'usager.

Enfin, qu'il soit également prévu que la divulgation ainsi effectuée, une fois les règles mises en place par l'établissement, donc que cette divulgation-là, ainsi effectuée, équivaille pour le professionnel au respect de ses obligations déontologiques, ainsi que nous l'avons dit d'entrée de jeu.

Et dernier commentaire. Le projet de loi, évidemment adresse la question de la gestion des erreurs en milieu d'établissement. Nous sommes d'avis que cette question-là est d'une importance telle qu'elle devrait, et à très court terme, s'étendre à l'ensemble des secteurs d'activité en ce qui concerne la pharmacie, donc au milieu communautaire également. Ça ne devrait pas être un principe de transparence et de divulgation qui soit réservé aux usagers d'établissements mais bien à l'ensemble de la population, dans le fond. On est d'avis que ce n'est pas un objectif qui est en soi difficilement atteignable. Il suffirait, à notre avis, dans un premier temps, de prévoir une réintégration des pharmaciens à des structures régionales professionnelles de la nature de celle des CMDP qu'on connaît en établissement. On a déjà eu, dans d'autres commissions parlementaires, l'occasion de souligner à la députation toute l'utilité que représenterait, pour des pharmaciens, le fait de pouvoir intégrer des structures régionales professionnelles en domaine privé. À titre tout simplement d'exemple, parce que plusieurs modèles seraient applicables, il pourrait, par exemple, y avoir une participation des pharmaciens aux commissions médicales régionales ou à quelque autre organisme ou comité placé sous l'égide ou en parallèle des régies régionales. Mais actuellement, une absence de forum pour permettre la coordination des activités professionnelles dans le monde de la pharmacie en milieu communautaire se fait cruellement ressentir.

Je terminerai là-dessus que, à court terme, la question va reposer dans le cadre de l'application du projet de loi n° 90 que vous connaissez et qui retrace un nouveau champ d'exercice pour les pharmaciens. Nous aurons besoin de cet outil-là à très court terme.

Alors, écoutez, je vous avais promis d'être bref. Voilà l'essentiel de nos recommandations, et je vous remercie de votre écoute.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, merci, messieurs. Nous allons donc passer immédiatement à la période d'échange. M. Le ministre délégué, je vous cède donc la parole.

M. Bertrand (Portneuf): Merci, pour votre contribution à nos travaux. M. Fernet, j'aimerais vous remercier également. Je crois que vous avez été très contributif également dans le cadre des travaux du comité Francoeur et on apprécie très certainement, encore une fois, cette fois-ci, votre contribution à nos travaux.

En ce qui regarde la question des définitions, peut-être il y aurait lieu qu'on précise, par exemple, ce qu'on veut dire exactement par un incident ou un accident. Je ne crois pas me souvenir que, dans votre mémoire, vous aviez fait des suggestions précises de définitions, sauf erreur.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fernet.

M. Fernet (Paul): Merci, madame. Dans le mémoire, nous n'avons pas proposé de définition précise. Il nous semble, par contre, qu'il y a une compréhension de la signification de ces termes-là déjà, actuellement, dans le milieu des établissements. Ayant eu l'occasion d'en discuter avec différents praticiens — et M. Parent pourra peut-être ajouter un mot là-dessus après — dans notre compréhension des choses, un incident devrait systématiquement être déclaré pour qu'on acquière l'expérience de façon à éviter que les incidents, à une autre occasion, ne deviennent des accidents. Alors, ça, on devrait, je pense, les déclarer. Mais, l'accident comme tel, ce serait le seul événement qui serait rapportable s'entendant qu'un accident susceptible de créer un problème, ce n'est pas considéré comme un accident comme tel. Un accident, c'est quelque chose qui a créé un problème ou un préjudice, si vous voulez. C'est beaucoup plus simple de gestion et tout le monde comprendra bien mieux. Il restera à mesurer ce qu'est un accident significatif d'un autre qui l'est moins, mais s'entendant qu'il faut qu'il y ait eu une conséquence et on comprend qu'il peut y avoir une gradation, au moins, on aura une bonne part d'arbitraire d'éliminée.

Peut-être, Mme la Présidente, avec votre permission, un mot supplémentaire de M. Parent?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui. Alors, M. Parent.

M. Parent (Marc): Simplement peut-être pour préciser qu'il arrive des situations qui impliquent de nombreux professionnels. Et la culture générale que je perçois dans les établissements de santé actuellement, c'est lorsque, par exemple, un professionnel pose un acte qui entraîne un acte posé par un autre professionnel, donc sous ordonnance ou des choses comme ça, il peut arriver qu'un de ces professionnels-là interceptent des erreurs, des omissions, des précisions, qu'ils peuvent le faire. Et, en ce sens-là, cette interception-là est interprétée et colligée actuellement dans les établissements comme étant des incidents, mais

comme elles ont été interceptées, le malade, le bénéficiaire n'a pas été exposé à ça, on ne le considère pas comme un accident.

Alors, il nous semble tout à fait inutile et ça va être de nature à inquiéter le malade pour rien d'être informé de cette série d'événements là qui ne l'ont pas affecté directement.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre délégué.

M. Bertrand (Portneuf): O.K. Maintenant, constatant un incident ou un accident, de votre point de vue, comment... Comme il semble accepté que souvent de tels incidents ou accidents sont la résultante d'un certain effet de système, c'est rarement une seule personne qui est à l'origine, ça peut être un tas de facteurs qui mènent à de telles situations, comment faire le lien maintenant entre cet incident-là ou cet accident-là qui est rapporté et l'amélioration, carrément, des processus à l'intérieur du système de soins? De votre point de vue, là, comme représentant de l'Ordre.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Fernet.

M. Fernet (Paul): Merci. Ce qui va permettre, à notre avis, une amélioration de la prévalence des accidents, c'est justement de pouvoir bénéficier de l'expérience de l'ensemble des incidents qui sont systématiquement rapportés. On remarque, notamment au plan statistique mais aussi par les intervenants qui ont une connaissance fine des processus à l'interne, on remarque, en bon français, qu'il se développe parfois des patterns ou alors des occasions propices à la commission d'incidents qui, tôt ou tard, finiront par aboutir à un accident, cette fois-ci ayant des conséquences significatives pour un patient.

Alors, le fait de rapporter systématiquement les incidents permet la détection effectivement des faiblesses du système et permet — un terme un peu à la mode — une réingénierie, si j'ose dire, des processus. On va tantôt confier une responsabilité à une autre personne responsable. On va insister sur une meilleure communication à un lieu précis, je dirais, de la dispensation des services. Alors, c'est des façons d'intervenir une fois que l'information nous est apparue, nous est transmise en quantité suffisante pour pouvoir détecter le problème.

J'aimerais, encore là, si c'est possible, Mme la Présidente, permettre à M. Parent d'ajouter un mot étant donné qu'il est, pour aujourd'hui, notre expert terrain.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Parent.

M. Parent (Marc): Merci. Alors, en fait, je pense qu'il y a deux niveaux dans la procédure. Le projet de loi s'adresse, dans le fond, à bien informer les bénéficiaires des établissements actuellement des accidents dont ils ont pu être victimes. Le besoin de l'expertise dans l'établissement, c'est de pouvoir colliger cet ensemble de données là et effectivement d'identifier les grandes tendances qui peuvent amener des

mécanismes de correction. C'est d'ailleurs la procédure qui est en place actuellement. La faiblesse de la procédure en place, c'est: le taux de déclaration n'est certainement pas de 100 %. Il est certainement sous-déclaré et on le voit dans notre milieu où on a trois pavillons, trois hôpitaux différents qui constituent l'établissement. On voit qu'il y a des différences. Il y a même des différences entre les différentes unités de soins.

• (15 h 20) •

Alors, on pense que, un des bénéfices du projet de loi, ce sera d'amener une déclaration la plus complète possible. Il y a probablement des cultures qui s'installent dans la déclaration des erreurs ou des incidents, ou on est plus sensible à certaines choses et on va sous-déclarer certaines autres choses, simplement parce que ce n'est pas conscient, et on pense qu'on va avoir, donc, un meilleur portrait de l'ensemble des déclarations qui vont nous permettre de faire une analyse meilleure. Mais, évidemment, ça va nous permettre, de façon prospective, d'améliorer l'organisation des soins et la prestation, pour éviter que ces erreurs-là reviennent.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Et ceci, à l'intérieur, je dirais, du réseau public, essentiellement, là. Mais vous avez une préoccupation aussi, puis vous êtes bien placés aussi pour la véhiculer et nous sensibiliser par rapport à ça, à ce que peut induire aussi, comme enseignement et comme modification peut-être, aussi, d'un certain nombre de façons de faire dans la pratique privée. O.K.? Vous avez évoqué tout à l'heure certains mécanismes qui pourraient permettre que cette répercussion se fasse là également au niveau du privé. Pourriez-vous être plus explicite, un peu, par rapport à ça? Comment on pourrait s'assurer que le transfert, dans l'amélioration des processus, par exemple, dans le secteur public... puisse être le plus facilement possible transférables dans le secteur privé, avec les adaptations évidentes ou qui vont de soi, là?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fernet.

M. Fernet (Paul): Merci.

M. Bertrand (Portneuf): Peut-être en m'aidant aussi, en me donnant des exemples... peut-être un exemple, là, de situation qui pourrait permettre qu'au niveau du secteur privé on ait amélioré nos processus et donc diminué l'incidence ou la prévalence de tels cas.

M. Fernet (Paul): Tout à fait. Merci beaucoup. Une des plus grandes réussites, je dirais, au cours des dernières années ou de l'histoire relativement récente, je dirais, là, du système de santé, c'est la mise en place des CMDP, qui a donné — et ce n'est pas récent, mais c'est somme toute relativement récent, je dirais, dans l'histoire de la santé au Québec — qui a donné une plateforme, une espèce de forum où les professionnels de différentes organisations pouvaient échanger entre eux et mettre en commun des problèmes.

Il y a des types d'erreurs qui sont inhérents à la pratique en soi d'une profession. Par exemple, en pharmacie, il y a des erreurs qui vont pouvoir se commettre au moment de la préparation de la médication, par exemple, ou de l'interprétation d'une ordonnance médicale. Il est assez rare, je pense, que les erreurs de cette nature-là ne soient pas réalisées... Et en fait, la mise en place de correctifs pour ce type d'erreurs là est rarement très problématique. Les véritables problèmes qu'on connaît, c'est quand l'erreur participe, je dirais, d'une mauvaise compréhension des rôles de chacun et de la continuité des soins entre les différents professionnels.

Je laisserai M. Ducharme, dans quelques instants, compléter là-dessus, mais il me vient un exemple pour illustrer le propos, un simple, et un peut-être un peu plus complexe. Je viens de dire «l'interprétation des ordonnances». Bien si on n'a pas une occasion, à certains moments donnés, de pouvoir échanger avec des collègues médecins puis dire: On a un problème, là, avec tel type d'ordonnance, dont le libellé du médicament est très similaire à un second médicament, et quand c'est écrit pas bien, bien évidemment on peut avoir de la difficulté à... Alors, c'est très simple. Puis, vous me direz: On peut toujours prendre le téléphone. Mais quand on a un forum, je dirais, et on force les gens à s'asseoir et à discuter des problèmes, bien, des fois on trouve des solutions puis on progresse, finalement. Bon.

Maintenant, au-delà d'un exemple simple comme ça, on peut avoir un cas, par exemple, d'alimentation paratérale à domicile, où vous allez avoir, tout à l'heure, le prescripteur, puis vous allez avoir l'infirmière, vous allez avoir le pharmacien, qui va être amené à participer. À travers ça, vous allez avoir des systèmes de livraison, vous allez peut-être avoir des travailleurs sociaux, vous allez peut-être avoir des infirmières auxiliaires, et tous ces gens-là font pour le mieux possible, évidemment, pour bien soigner le bénéficiaire. Mais, à la transmission de l'information, une seule erreur dans la chaîne de dispensation des soins va risquer de créer un problème important pour le bénéficiaire.

Et actuellement, les pharmaciens en milieu communautaire ne peuvent joindre aucune instance régionale professionnelle où des préoccupations professionnelles peuvent être discutées et où des correctifs peuvent être apportés. On a des, par exemple, commissions médicales régionales; on a maintenant des commissions d'infirmières et infirmiers régionales; on a toutes sortes, dans le fond, de forums où les gens peuvent s'asseoir et discuter des problèmes: les pharmaciens ne sont nulle part. Et bien souvent, la clé d'entrée dans ces comités-là, c'est l'appartenance à un établissement, ce qui est effectivement assez rare pour le cas des pharmaciens qui travaillent dans le milieu communautaire.

Alors, nous semble-t-il, ce ne serait pas difficile de faire une courte correction, dans le fond, à la loi, sans créer des structures très lourdes ou complexes mais simplement pour permettre l'accès aux pharmaciens à ces instances-là pour discuter des vrais problèmes et avoir une instance, après ça, décisionnelle ou de recommandation, assister les ordres professionnels pour

faire en sorte qu'on améliore les processus mais en milieu communautaire également, pas juste en milieu d'établissement.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Ducharme.

M. Ducharme (Pierre): Oui, mais très brièvement, en fait, pour compléter ce que M. le président a dit. L'épisode de soins maintenant, c'est un continuum qui trouve sa place en établissements de santé et également en soins à domicile ou au domicile du patient et on ne peut plus isoler, évidemment, ces deux situations-là. Et il existe une telle chose que des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens dans les hôpitaux; il n'existe pas l'équivalent en milieu communautaire et en pratique privée pour les pharmaciens. Ça ne permet pas de développer, dans ce secteur-là, collectivement, une culture de qualité, justement, qui éviterait les situations, qui préviendrait les situations où des erreurs systémiques peuvent se produire de façon régulière parce qu'on ne se comprend pas bien, on n'intervient pas bien de façon quotidienne.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre délégué, avez-vous d'autres... pour l'instant?

M. Bertrand (Portneuf): Non, ça va.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Ça va?

M. Bertrand (Portneuf): Est-ce qu'il me reste un peu de temps?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, il vous reste trois minutes, quatre minutes.

M. Bertrand (Portneuf): Excellent!

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous saluer et vous remercier d'être présents avec nous. D'abord, souligner que c'est le premier mémoire, la première intervention où on nous parle du processus d'accompagnement de la divulgation et j'ai trouvé particulièrement intéressante cette portion qui devra faire l'objet d'une réflexion lors de l'étude article par article. Je ne suis pas convaincu que c'est dans la loi qu'il faut écrire ça mais il y a peut-être un endroit dans un règlement, où je ne sais pas trop, il y a peut-être un endroit où on peut inclure cette réflexion-là parce que je pense que vous avez mis le doigt sur quelque chose d'intéressant.

Pour ce qui est des définitions d'accident et d'incident, l'AHQ qui vient tantôt entrepose, entreposera. Par ailleurs, je dois dire aussi que tous ceux qui sont venus jusqu'ici, je pense pouvoir dire sans me tromper qu'il y a un consensus à l'effet que l'article 9 sur la divulgation n'envisagera que la... n'envisagera? ça, c'est appel d'étude article par article, par exemple.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Fournier: ...n'envisagera que la divulgation des accidents et non pas des incidents. Tout le monde est allé dans le même sens et je n'ai pas senti que le parti ministériel souhaitait se lier avec son texte comme il l'avait mis dans le projet de loi, puis je pense que ça a beaucoup de bon sens.

Maintenant, à propos de la récurrence, là, dans la divulgation, vous questionnez la portée... enfin, le fait qu'il n'y en ait pas de portée. Vous dites: «Cette formulation, sans limite de portée et de temps, peut créer une situation où l'établissement sera questionné de façon indéfinie sur» les mesures correctrices, là, même si elles n'ont pas de lien direct avec le patient... bon, et puis tout le reste. Vous voyez un peu le sens de question. Je ne comprends pas beaucoup votre point. Donnez-moi des illustrations parce que, surtout quand vous me dites qu'il n'y a pas de lien direct avec le patient, s'il y a un trouble à la chaîne successive, qu'il y a un événement qui s'est produit, si on joue là-dessus, c'est toujours l'accident ou l'incident. L'accident dans ce cas-ci, là, où il y aurait eu un lien avec le patient, là. Je ne vois pas comment il n'y aurait plus de lien direct avec le patient. En fait, expliquez-moi donc ce que vous voulez dire.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fernet.

M. Fernet (Paul): Merci, M. le député. Je n'ai pas abordé la question effectivement au moment de la présentation, la raison étant que, dans l'hypothèse où la recommandation selon laquelle on va opposer... pas opposer mais, disons, distinguer l'incident de l'accident, et qu'on retiendra de l'accident que c'est un événement ayant entraîné une conséquence, évidemment que cette partie-là va être moins problématique. Mais, tel qu'il est rédigé, par exemple, à l'article 2, actuellement, on dit que «un incident susceptible d'entraîner [...] une conséquence significative — va devoir... donc, c'est un droit qu'aurait l'usager d'être informé de ceci — ainsi que des mesures pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel incident.» Et simplement dit comme ça, ça pouvait peut-être vouloir être compris comme étant les améliorations à apporter à un système en vue de prévenir la récurrence d'incidents.

● (15 h 30) ●

Mais vous vous rendez compte de la portée qu'on pourrait vouloir donner? Et je vois déjà certains usagers plus tatillonner, si j'ose dire, et qui, sans fin, relanceraient, dans le fond, le gouvernement à savoir: Oui, mais quelles seront les mesures systémiques mises en place en vue qu'un tel incident ne se répercute pas? Et la réponse n'est jamais tout à fait encore assez précise pour qu'on s'en sorte. C'était ce souci-là qu'on voulait vous transmettre, à l'effet qu'il faut aussi qu'un système de transparence, je dirais, qui est essentiel, là, et sur lequel on ne revient pas, n'engendre pas des effets pervers de personnes qui vont toujours requérir davantage d'informations qui, dans le fond, ne se trouvent nulle part.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Je ne veux pas vous corriger, c'est parce que vous avez utilisé une expression, puis je suis sûr que ce n'est pas envisagé par le projet de loi et j'aimerais que ça puisse l'être, mais, malheureusement, ce ne l'est pas, vous avez dit qu'il pourrait questionner le gouvernement pour voir les mesures. Or, il n'y a rien dans le projet de loi qui permet justement d'interpeller le gouvernement. À la limite, on pourrait toujours interpeller le comité de gestion, peut-être le conseil d'administration. Mais une des failles du projet de loi justement, c'est que ce n'est pas allé jusqu'à la limite de celui qui est aussi impliqué là-dedans. Mais ça, c'est un autre débat.

J'essaie de vous comprendre. Il y a un accident, il y a une divulgation, il y a des mesures correctrices qui sont apportées. On informe les gens que la mesure correctrice a été apportée. Ils seraient tatillons dans quel sens, les usagers? Pour voir s'il y a d'autres corrections après les mesures correctrices qu'on leur a d'abord annoncées? Ou parce qu'ils n'en savent pas assez sur l'accident, ça a été mal divulgué? C'est une question sur... Vous voyez, vous dites: L'utilisateur va être tatillon, va vouloir chercher encore plus à savoir. Il va chercher à savoir quoi? Des éléments entourant la divulgation? À savoir qu'il ne sait pas tout sur l'accident qui lui est divulgué puis qu'il en cherche plus? Ou c'est sur l'élément des mesures correctrices qu'il va être tatillon, de voir est-ce que ces mesures-là sont les bonnes ou bien si ça va être comme, un an et demi après, vous pouvez apporter d'autres correctifs à ceux que vous avez déjà apportés? Où est la limite de ce que vous voyez comme étant du tatillonage?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fernet.

M. Fernet (Paul): Le point ici est que le plus des définitions sont absentes et le moins on encadre clairement ce qui est visé par la divulgation et le plus il devient difficile de circonscrire les limites de ce qui devra être divulgué comme informations et comme mesures correctrices. Alors, si de votre énoncé initial je comprends que la députation, de façon générale, semble se diriger vers un système de divulgation de l'accident, je pense que la problématique ne pourra pas réellement se poser à ce moment-là, parce qu'on va revenir, je dirais, à un contexte d'application qui va être davantage particularisé au bénéficiaire, et je pense que c'est la véritable information qu'il a besoin de recevoir dans un système de transparence, et non pas de tenter de jouer, je dirais, au gérant d'estrade des décisions du conseil d'administration d'un établissement. C'était le point qu'on voulait faire.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: O.K. Changement de sujet. Sur l'agrément, enfin sur la sollicitation d'un agrément, vous nous en parlez sur le thème de: s'il y a quelque chose de découvert à ce moment-là de l'étude de l'agrément, ce serait bon que les ordres le sachent. Vous me donnez un exemple. Bon. Parfait. J'embarque là-dedans. Je ne me souviens plus quel groupe, il y en a un qui est venu nous

dire qu'on ne devrait pas faire l'obligation de solliciter l'agrément mais de l'obtenir. Pouvez-vous me dire ce que vous en pensez de demander... Ou — je vais être plus naïf que ça, là — moi, je ne connais pas ça, l'agrément, peut-être que juste de solliciter, c'est très bien. Alors, dites-moi en quoi la sollicitation, c'est une merveille et en quoi l'obtention serait peut-être moins désirable.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fernet.

M. Fernet (Paul): Bien, écoutez, je vais vous dire un mot là-dessus et je vais m'empresser par la suite de prêter la parole à M. Ducharme, qui vous donnera davantage. Mais je vous dirai que, s'il était souhaitable de... Il est certainement souhaitable, enfin, qu'un établissement requérant l'agrément l'obtienne. Ça m'inquiéterait plus de recevoir un rapport en me disant qu'il ne l'a pas obtenu, puis pourquoi, je ne le saurais jamais. Alors, c'est dans le sens que la transmission complète d'informations est beaucoup plus riche qu'un simple oui ou non suite à un processus d'agrément. Mais M. Ducharme pourra vous donner plus de détails.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Ducharme.

M. Ducharme (Pierre): Oui. Alors, bien sûr, déjà faire une démarche de sollicitation d'un agrément, ça représente un effort pour un établissement. Il y a des choses à faire, il y a des documents à préparer, il y a des réflexions à faire à l'interne, des équipes de travail à constituer. Déjà, c'est certain, c'est intéressant, mais ça ne dit pas tout, là. Même l'obtention de cet agrément-là, qui est parfois conditionnelle et parfois de portée limitée dans le temps, un an, trois ans, ou partielle, de toute façon, n'est pas suffisante en soi. Le fait de savoir que l'obtention a été obtenue n'est pas suffisant, à notre avis, pour donner toute l'information qu'il faut.

Et ça, c'est l'expérience qu'on a vécue dans notre ordre professionnel, à l'inspection professionnelle en particulier, où, en visitant un établissement, c'est toujours une information qu'on demande: Quelles ont été les recommandations des organismes d'agrément? pour s'apercevoir, assez fréquemment, qu'il y a eu des recommandations qui ont été faites en ce qui nous concerne, sur les services pharmaceutiques, qu'ils y avaient trouvé des inconvénients auxquels on aurait été intéressés et sur lesquels on aurait agi deux ans ou trois ans auparavant si on les avait sus. On pense que ce n'est pas une façon d'être inquisiteur, là. Il y a, de la part de différents groupes, les ordres en particulier, les organismes d'agrément, une recherche de qualité, une recherche d'amélioration de la qualité, et je pense qu'on a à travailler collectivement à ça plutôt que de façon... en silo, comme on dit fréquemment.

M. Fournier: Je comprends...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui, excusez, Mme la Présidente. Je comprends très bien qu'il y a le souhait de la

divulgaration des raisons à l'obtention ou non de l'agrément, enfin, de l'ensemble du processus qui s'est... Pour vous c'est important, je comprends ça.

Mais je reviens, parce que je profite de vous, pour que vous m'expliquiez un peu pourquoi on ne devrait, dans la loi, que limiter l'obligation à la sollicitation. Bien que je comprenne que, déjà, solliciter signifie un travail de réflexion qui amène une amélioration des processus. Bon. Je comprends ce bout-là. Mais, si d'aventure la sollicitation ne se conclut pas par une obtention, c'est parce qu'il y a un bobo à quelque part, j'imagine. Puis, c'est drôle, c'est comme si le projet de loi disait: Bien, le bobo, oui, puis ce n'est pas grave, puis il y a un bobo là.

Est-ce qu'il n'y a pas dans le projet de loi, plutôt que juste dire... Bien, à partir du moment où on demande la sollicitation, on ouvre un pan. Bien alors, moi, j'embarque, j'ouvre la porte puis j'entre dedans, puis je dis: Sollicitation, parfait, c'est une très bonne idée, mais il y aura un délai pour l'obtention. Puis, si l'obtention ne se fait pas dans un délai x, je ne sais pas lequel, il y a des mesures qui doivent être prises — on parle d'un établissement, là, j'imagine, des mesures gouvernementales qui doivent être prises — pour mettre le pied dans l'établissement puis voir comment ça se fait que ça n'a pas marché. Ce n'est pas juste de solliciter puis de ne pas obtenir. Puis la vie continue, il me semble, là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fernet.

M. Fernet (Paul): Je pense qu'il faut prendre pour acquis que les établissements, d'abord bon nombre d'entre eux ne découvrent pas actuellement la recherche de la qualité en termes de processus de dispensation de services. Le fait, par le projet de loi, d'insister pour une démarche d'agrément va probablement bonifier davantage cette prise de conscience là. La transmission, en ce qui nous concerne, des recommandations ou des observations dans le processus d'agrément quant aux services pharmaceutiques va nous permettre — ayant une mission comme ordre professionnel de s'assurer de la qualité des services dans un but de protection du public — d'intervenir très tôt dans le processus, justement pour s'assurer d'atteindre des standards qui vont être conformes, dans le fond, aux normes de qualité professionnelle qu'on trace.

L'opportunité suite à... de décider quelles seront les conséquences de la non-obtention d'un agrément, je vous dirai que ça peut probablement se voir de bien des façons. Je ne suis pas certain qu'il ne faille pas croire que chaque établissement fera tout ce qu'il peut, dans le fond, pour obtenir son agrément. Et je suis convaincu que, s'il y a des correctifs à apporter... Dans le cas où est-ce qu'on n'obtiendrait pas cet agrément-là, je suis convaincu que les établissements vont avoir tout intérêt, dans le fond, à tout faire ce qui est possible pour l'atteindre à très court terme. Je ne suis pas sûr autrement dit, pour répondre un peu directement, qu'il faille fermer un établissement qui aurait manqué son coup le premier coup, là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, c'est malheureusement terminé, M. le député de...

M. Fournier: Je n'envisageais pas la fermeture d'un établissement. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député, votre temps est malheureusement écoulé.

M. Fournier: Je vous remercie de votre grandeur d'âme.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Je céderais donc la parole à la députée de Joliette. Madame, il vous reste trois minutes.

Mme Lespérance: Merci. Moi, j'aimerais revenir sur l'article 2. Compte tenu de votre formation en droit, entre autres, j'aimerais beaucoup que vous puissiez me dire si, effectivement, au niveau de l'article 2, dans ce que vous avez fini comme un peu dangereux, à savoir: «Cette formulation, sans limite de portée et de temps, peut créer une situation où l'établissement sera questionné de façon indéfinie», puis sur toutes les procédures, est-ce que ça peut aller aussi loin que l'imputabilité de l'accident qui serait relié à un système? Exemple, on a plusieurs accidents qui sont reliés à un système qui est inadéquat ou à de la machinerie qui est... des appareils qui sont hors d'ordre ou défectueux. Donc, dans ce sens-là, ce serait... En tout cas, ce serait bénéfique pour nous autres, les établissements, si les clients pouvaient pousser. Mais jusqu'où les clients pourraient pousser?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fernet.

● (15 h 40) ●

M. Fernet (Paul): Merci, Mme la Présidente. Bien, ainsi que nous le disions il y a quelques instants, le plus on va encadrer ou définir correctement ce qui devra faire l'objet d'une divulgation, le moins on va risquer d'en arriver à ce genre de problématiques-là d'interprétation, qui ont sûrement, à ce moment-ci, été vues également par les auteurs du projet de loi. Ce n'est pas une interprétation légale, et il n'est pas du rôle de l'Ordre des pharmaciens de faire de telles interprétations, mais c'est une inquiétude qu'on a voulu transmettre dans l'hypothèse où les choses ne seraient aucunement changées, sachant qu'il arrive qu'on soit aux prises avec des requêtes, et des demandes, et des exigences de gens qui ont des droits aussi. Et, quand les termes ne sont pas bien définis, bien, il arrive parfois qu'on a un petit peu de difficultés à savoir où commencer et où arrêter. Et, comme on le disait ailleurs dans notre mémoire, il ne faudrait pas, par un manque, je dirais, de définitions ou d'encadrement correct d'un bon projet de loi, en termes d'objectifs, en aboutir à une situation où les ordres professionnels auront, eux, à expliquer à leurs membres comment on devrait interpréter un tel projet de loi dans un objectif de transparence.

Alors, pour ces raisons et pour ce qu'on disait tout à l'heure à M. le député libéral, si le sens de l'idée de la députation va vers un meilleur encadrement, des définitions plus précises, je ne crois pas qu'on puisse vivre de telles difficultés.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, c'est... Malheureusement, le temps est terminé pour Mme la députée de Joliette. Alors, M. le ministre, il reste trois minutes à votre formation politique.

M. Bertrand (Portneuf): Oui, en complément avec une question posée par mon collègue de l'opposition officielle, vous mentionnez l'agrément bien sûr comme étant un moyen d'améliorer la gestion de risques, mais également l'affiliation. Pourriez-vous me donner, encore une fois, des exemples ou des illustrations où l'affiliation pourrait être un excellent moyen dans certaines circonstances pour améliorer la gestion de risques?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fernet.

M. Fernet (Paul): Avec votre permission, M. le ministre délégué, quand vous parlez de l'affiliation...

M. Bertrand (Portneuf): Entre établissements.

M. Fernet (Paul): ...entre établissements — c'est ce que je croyais — Mme la Présidente, je prêterais la parole à M. Parent.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Parent. Alors, M. Parent.

M. Parent (Marc): Bonne question. Je pense qu'en fait le bénéfice est toujours d'essayer de colliger le maximum de données, qui va nous donner la meilleure perception de problématiques qui peuvent être en émergence ou présentes dans un milieu. Je pense que cette affiliation-là permet de confronter des réalités et qui peut permettre de penser à aller plus en profondeur dans la recherche de problématiques. Quand je vous disais tout à l'heure que certains événements peuvent être déclarés parce qu'il y a une culture de pensée à ce genre d'événements problématiques là, mais il y a d'autres événements problématiques qui peuvent ne pas faire partie de cette culture-là, et les affiliations, cette perméabilité-là dans les liens, vont permettre justement de maximiser pour essayer de détecter ces situations-là, pour améliorer la couverture et la protection des usagers.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Donc, c'est un effet de volume essentiellement qui permet...

M. Parent (Marc): C'est ma compréhension.

M. Bertrand (Portneuf): ...de donner plus de signification aux événements. O.K.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, ça va? Messieurs, je vous remercie de votre participation aux travaux de notre commission.

J'inviterais l'Association, en fait, les représentants de l'Association des hôpitaux à bien vouloir prendre place immédiatement, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, madame, messieurs, bonjour. Bienvenue à cette commission. Je vous rappelle que vous avez 15 minutes pour nous présenter votre mémoire. J'aimerais que celui qui représente le groupe puisse se présenter et bien sûr nous présenter les personnes qui l'accompagnent avant de nous présenter le mémoire.

Association des hôpitaux du Québec (AHQ)

M. Boisvert (Laurent): Merci, Mme la Présidente. Alors, Laurent Boisvert, adjoint au vice-président exécutif, Association des hôpitaux. Je suis accompagné de Michelle Dionne, qui est conseillère au gestion des risques, programme des assurances; et de Me Sylvain Poirier, conseiller juridique.

Alors, merci de nous avoir invités pour vous présenter notre mémoire concernant le projet de loi n° 113, que je vais repasser avec vous en insistant peut-être sur certains aspects.

Donc, le projet de loi n° 113 poursuit un objectif légitime, soit celui de contribuer à la prestation sécuritaire des services de santé et services sociaux, ce à quoi l'Association des hôpitaux du Québec ne peut que souscrire. Ce projet de loi, qui fait écho à certaines des recommandations du rapport du Comité ministériel portant sur la gestion des risques, publié en février 2001, constitue un aboutissement susceptible d'entraîner des bouleversements majeurs sur la conduite et la responsabilité légale de l'ensemble des prestataires de soins du Québec.

Dans le présent mémoire, nous discuterons des principales préoccupations que soulève le projet de loi. Mais, en premier lieu, nous proposons un exercice de clarification sur les concepts qui sont à la base même de cette législation. Ça nous est apparu particulièrement important. Par la suite, nous émettrons nos commentaires selon l'ordre proposé par les rédacteurs dudit projet de loi.

D'abord, les concepts. Nous voulons ici clarifier certains concepts sur lesquels s'appuie le projet de loi et qui doivent être bien décrits afin de permettre une juste compréhension des changements législatifs et culturels — peut-être surtout culturels — et surtout en assurer une application harmonieuse.

D'abord, de divulguer et d'éclairer. Le projet de loi fait référence à l'obligation de divulguer, à l'article 2, article 9, et à celle d'éclairer, article 7 et article 8. Pour divulguer, et en référence à ce que nous donne le dictionnaire, nous, on retient donc: porter à la connaissance du patient ou de ses proches l'avènement d'un accident. On a retenu seulement «accident» parce que, plus loin, comme vous le savez, on va... Et, comme il semble qu'il y en a plusieurs qui l'aient dit, la divulgation, ça va toucher seulement les accidents donc, par rapport à déclarer qui, pour nous, fait référence à: faire connaître à une autorité, dans le cas présent, à l'établissement.

Les termes «accident» et «incident» sont utilisés de façon précise dans le domaine de la gestion des risques, et ce, depuis plusieurs années. Pour une bonne compréhension du texte de la loi et de son application,

nous suggérons également que ces définitions en usage soient non seulement reconnues, mais également intégrées de façon explicite dans le texte de loi. Donc, l'accident: l'action ou situation où le risque se réalise et cause des dommages à l'utilisateur — comme vous le remarquez, on ne qualifie pas le dommage — au personnel, ou à des tiers ou à leurs biens. L'incident, par contre, est une action ou une situation quelconque qui ne cause pas de dommage mais dont le résultat est inhabituel. On peut qualifier ça de «presqu'accident».

Il nous est apparu important aussi de toucher la question des conséquences significatives. Outre le fait que les expressions «accident» et «incident» ne soient pas définies dans le texte de loi — et on vous a proposé des définitions — il s'avère que les expressions «susceptible d'entraîner» ou «ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou de bien-être» sont éminemment floues. À titre d'illustration et selon la lettre du texte proposé, est-ce que les conséquences significatives équivalent nécessairement aux seuls effets préjudiciables ou indésirables ou si elles s'étendent également aux effets désirables, prévisibles ou imprévisibles? Il appert toutefois — et avec raison — que pour les auteurs du rapport du Comité ministériel, la notion d'accident était intimement liée aux effets négatifs d'une intervention — et évidemment c'est ce que nous retenons.

Nous comprenons que dans ce texte de loi l'expression «conséquences significatives» fait référence à un problème qui nécessite une intervention ou qui a des effets sérieux. Pour être plus explicites, nous empruntons ici la définition du Regroupement des programmes d'assurances: la conséquence significative est un problème qui découle de l'accident et qui demande une intervention immédiate pour en renverser ou en contrôler les effets, ou un problème dont les effets sont permanents ou qui demanderont un suivi à long terme.

Notre première recommandation donc: Que des définitions reconnues soient énoncées dans le texte de loi pour les termes suivants, à savoir divulguer, déclarer, accident, incident et conséquence significative.

Le droit à la sécurité dans la prestation des services. Les changements proposés par le projet de loi n° 113 peuvent être considérés en quelque sorte comme la pierre d'assise du projet de loi et, alors qu'il assure aux usagers une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, d'autres modifications suggérées précisent les moyens nécessaires à la mise en oeuvre de ce droit reconnu à l'utilisateur de façon désormais explicite. Ainsi, l'utilisateur se voit maintenant assurer la prestation sécuritaire de services par les établissements de soins de santé du Québec, alors que les conseils d'administration de ces établissements auront conséquemment la responsabilité de veiller à la sécurité des services offerts.

L'obligation de divulguer. L'article 2 du projet de loi qui modifie l'article 8 de la LSSS confirme le droit de l'utilisateur d'être informé le plus tôt possible de tout accident ou incident susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou de bien-être.

Il s'agit donc, pour nous, de l'obligation de divulguer comme on en a parlé lors de la définition. Pour nous, l'obligation de divulgation, en passant, relève

beaucoup plus du Code de déontologie des professionnels que des obligations des établissements. D'ailleurs, le nouveau Code de déontologie des médecins à cet égard-là est très clair. Il en est de même pour d'autres professionnels, cela dit. Donc, cet article réitère une obligation de divulgation qui figure déjà dans le Code de déontologie de plusieurs des professionnels de la santé, alors que ce sont eux qui peuvent être la source des accidents qui sont visés par les dispositions de la loi.

• (15 h 50) •

Par ailleurs, nous proposons que tous les professionnels aient, par leur code de déontologie, une obligation de divulgation, à l'instar des médecins par exemple. Les responsabilités des professionnels à l'égard de la divulgation sont claires, et des moyens existent pour s'assurer du respect de leurs obligations déontologiques. Toutefois, la reconnaissance du sens des responsabilités des professionnels ne limite pas la nécessité pour l'établissement de disposer d'un mécanisme pour s'assurer que l'obligation de divulgation se réalise — et nous y reviendrons plus tard — selon des modalités respectueuses et adéquates pour l'utilisateur.

Toutefois, si l'article 12 du projet de loi devait être maintenu, nous référerons aux définitions énoncées précédemment et maintenons que seuls les accidents susceptibles d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives — on a également défini ou proposé une définition de «conséquences significatives» — sur l'état de santé ou le bien-être devraient être divulgués aux usagers, et non les incidents. Finalement, nous comprenons mal pourquoi il faudrait systématiquement faire part des mesures mises en place pour prévenir la récurrence d'un tel accident — et là on fait référence à un plan organisationnel — alors qu'il n'est pas toujours possible de le faire au moment de la divulgation.

Notre recommandation 2 à ce moment-ci: Que, si l'article 2 du projet de loi est maintenu, il soit modifié afin que seuls les accidents susceptibles d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur l'état de santé ou le bien-être soient divulgués aux usagers, et non les incidents. Finalement, les mesures à divulguer concernent celles qui sont mises en place pour contrer les conséquences relatives à l'accident qu'a subi le patient, et non pas des mesures qui seraient plus d'ordre organisationnel, en vue d'éviter que de façon... la récurrence desdits accidents, dans le cas présent.

Pour ce qui est de l'agrément, on va retenir la recommandation 3 essentiellement, à savoir: Que les règles de financement des établissements prévoient le remboursement des coûts afférents à l'agrément lorsque celui-ci est obtenu. Pour nos membres, ça ne pose pas tellement de problèmes, puisque presque l'ensemble, la très grande majorité des membres demandent et obtiennent l'agrément.

Le comité de gestion de risques et le gestionnaire de risques. Le projet de loi n° 113 propose la mise sur pied pour tout établissement d'un comité de gestion de risques, ce qui soulève un premier questionnement quant à sa composition. La référence à une représentativité équilibrée pour ce comité reste floue, sans compter qu'aucun mode de désignation des membres n'est prescrit, ce qui est susceptible de complexifier sa constitution, son organisation et, par extension, son efficacité.

Nous questionnons également les fonctions attribuées au comité de gestion de risques qu'on retrouve à l'article 183.2, 183.3, puisque à 183.2, les fonctions consistent à rechercher, développer et promouvoir des moyens visant:

«1° à assurer la sécurité des usagers; et

«2° à réduire l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services de santé et de services sociaux.»

Nous comprenons par cet énoncé que le comité de gestion de risques agira comme expert et comme chien de garde pour déterminer les orientations de la gestion des risques, pour s'assurer que des mesures correctrices et préventives sont mises en application dans l'établissement pour la sécurité des usagers.

Toutefois, l'article 183.3, tel qu'il est introduit, laisse entendre que, en plus — et là il manquait le «du» — gestionnaire de risques, le comité de gestion des risques serait investi d'un pouvoir d'enquête, puisque ses membres ne seraient pas contraignables devant une instance judiciaire ou quasi judiciaire. Si telle est l'intention des rédacteurs du projet de loi n° 113, nous sommes d'avis qu'il serait périlleux de confier à un comité multidisciplinaire aussi largement composé, incluant une représentativité des usagers, des pouvoirs qui consisteraient à lui permettre d'obtenir des déclarations auprès des tiers dans un but de conclure une enquête. Il en est de même pour ce qui est du comité dans sa conception actuelle concernant les règles de confidentialité. Essentiellement, on pense que les membres du comité devraient se conformer à des règles de confidentialité et se doter d'un code d'éthique, puisqu'il y a des risques dans certains cas.

De ce qui précède, il nous semble que la responsabilité de conduire une enquête devrait plutôt être expressément et exclusivement confiée à un gestionnaire de risques, dont l'existence est déjà reconnue dans le projet de loi par l'introduction de l'article 183.3, et qui pourrait dès lors bénéficier des garanties juridiques habituellement associées à l'exercice d'un pouvoir d'enquête.

Ceci appelle donc à une redéfinition du mandat du comité de gestion de risques par rapport à celui du gestionnaire de risques et rend nécessaire que des précisions soient apportées quant au mode de désignation des membres. Le comité aurait donc un mandat plus général, axé sur les orientations de la gestion des risques de l'établissement et n'aurait accès, à ce moment-là, qu'à des informations dénominalisées.

En ce qui a trait au dossier de gestion des risques, nous sommes d'opinion que celui-ci devrait être protégé au même titre que les dossiers du CMDP. Ainsi seules les personnes nommément identifiées telles que les gestionnaires de risques et les représentants de l'assureur ayant conclu un contrat d'assurance de responsabilité civile auraient accès à cette information-là.

Donc, la recommandation concernant les dossiers: Que les dossiers de gestion de risques soient protégés au même titre que ceux du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et que seules les personnes nommément identifiées y aient accès pour l'exercice de leurs fonctions.

Pour la recommandation 5: Que la fonction de gestionnaire de risques et qu'un comité de gestion de

risques soient institués dans chaque établissement; que seul le gestionnaire de risques ait des pouvoirs d'enquête; et qu'un financement en conséquence soit alloué aux établissements pour soutenir leur mandat en gestion de risques.

L'obligation de déclarer. L'article 233.1, tel qu'introduit, précise que l'une ou l'autre des personnes qui y sont mentionnées doit déclarer, le plus tôt possible, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à la personne qui exerce la plus haute autorité, tout incident ou accident dans lequel il a été impliqué ou dont elle a eu connaissance et qui est susceptible d'entraîner ou qui a entraîné des conséquences significatives. Rappelons que l'obligation de verser au dossier de l'usager un rapport sur tout accident subi par un usager dans l'établissement existe dans le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements depuis plus de 20 ans. Ici, contrairement à l'obligation de divulguer, il est clair que l'obligation de déclarer touche tant les incidents que les accidents.

D'aucuns diront que le texte proposé, qui, au nom de la transparence, oblige la déclaration des accidents et des incidents, pourrait avoir pour conséquence d'entraîner, auprès des établissements de la santé, un climat de méfiance et de tension incompatible avec les modes actuels de prestation de soins, caractérisés par la multidisciplinarité et la pratique de groupe. Ainsi, afin d'éviter ces effets négatifs au sein des établissements, nous sommes d'avis que l'obligation de déclaration ne devrait porter que sur tout accident ou incident à propos duquel la personne concernée a été impliquée dans le processus.

Ce qui nous amène à la recommandation 6: Que l'obligation de déclarer ne porte que sur tout accident ou incident à propos duquel la personne concernée a été impliquée dans le processus, et non pas sur un événement dont elle n'a pas eu une connaissance personnelle; et que la déclaration soit faite auprès du directeur général ou de la personne désignée.

Sans faire lecture du paragraphe, nous allons aller à la recommandation 7, qui résume en fait le contenu du paragraphe, à savoir: Que la loi prévoit des mesures de protection contre les représailles et quant aux aveux extrajudiciaires d'une faute professionnelle, administrative ou toute autre personne agissant dans le cadre des devoirs et des obligations introduits par le projet de loi n° 113.

En ce qui a trait à l'information de la régie régionale, vous pouvez aller tout de suite à la recommandation n° 8, puisque, à notre avis... Que l'obligation d'aviser la régie régionale de toute déclaration d'accident et incident prévue à l'article 8 du projet de loi soit retirée. Cependant, on conserve le rapport annuel quant aux diverses mesures concernant la gestion des risques.

Les règles relatives à la divulgation. Bien qu'au départ on disait que la divulgation était plus du ressort des professionnels que des établissements, ici nous sommes tout à fait d'accord à ce que le texte de la loi énonce que le règlement de l'établissement sur la divulgation à un usager doit préciser les délais, les modalités et les mesures de soutien.

Donc, finalement, le projet de loi n° 113 vise des objectifs louables en regard de l'amélioration de la sécurité dans la prestation des soins et des services et de

la transparence relativement à l'information divulguée aux usagers. L'Association souscrit entièrement à ces objectifs et apporte sa contribution en proposant des modifications et des amendements à ce projet de loi, respectueux non seulement des droits des usagers, mais aussi des professionnels et des établissements de santé. Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Merci, M. Boisvert. Alors, nous allons reprendre immédiatement avec la période d'échange. M. le ministre délégué.

M. Bertrand (Portneuf): Oui. Merci, M. Boisvert. J'aimerais également remercier les personnes qui vous accompagnent, souligner que... Je crois comprendre que nos opinions... enfin, non pas divergent, mais convergent très certainement sur l'essentiel de ce projet de loi, notamment en ce qui regarde les objectifs visés par l'article 2.

Il y a certaines précisions que j'aimerais avoir de votre part. Par exemple, lorsque vous parlez du comité de gestion de risques versus le gestionnaire de risques, comment vous voyez le lien entre les deux ou la collaboration, je ne sais pas comment l'appeler, là, mais le fonctionnement entre les deux? Est-ce que, par exemple, les responsabilités sont les mêmes, ceux du comité, ceux du gestionnaire de risques? Bref...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Boisvert.

M. Bertrand (Portneuf): ...j'aimerais ça être éclairé un peu là-dessus.

● (16 heures) ●

M. Boisvert (Laurent): Il y a nécessairement une collaboration qui est très étroite entre le gestionnaire de risques et le comité de gestion de risques. Le gestionnaire de risques est la personne qui est responsable et qui a un niveau qui est très, très opérationnel par rapport, d'une part, aux déclarations, puisque c'est probablement la personne qui va recevoir les déclarations et qui va les traiter, on dit d'ailleurs ici que c'est la personne qui a un pouvoir d'enquête, donc, faire les suites et aller voir qu'est-ce qui se passe, qui va être intimement liée au processus également de divulgation, qui va accompagner et qui va même chapeauter le règlement qu'on demande, qu'il soit édicté en termes de délais, modalités, etc.

Tandis que le comité de risques, c'est le comité multidisciplinaire qui va faire l'étude des différentes problématiques que le gestionnaire de risques va alimenter pour justement trouver les solutions par rapport à des processus qui engendrent ou qui ont engendré des incidents, voire même des accidents. Donc, ce n'est pas un comité qui est dans le quotidien, c'est un comité qui fait plus la supervision de l'ensemble, qui fait des recommandations à l'établissement, qui voit à l'avancement des travaux, qui assure qu'il y a des mécanismes qui sont mis en place suite, entre autres, au travail du gestionnaire de risques et qui va mettre à profit les différentes expertises, parce que c'est un comité, par définition, qui va être multidisciplinaire.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Très bien. Lorsque vous parlez des... Par exemples, dans un cas de déclaration, là, vous dites: C'est vraiment la personne qui est impliquée dans l'incident ou l'accident qui devrait faire une déclaration. J'imagine que vous incluez aussi les témoins directs d'un tel accident ou d'un tel incident, non?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Boisvert.

M. Bertrand (Portneuf): Ça peut être... pas la personne qui est directement impliquée dans l'incident, mais ça peut être une personne qui a pu observer l'incident ou l'accident.

M. Boisvert (Laurent): C'est, en fait, toute personne qui est impliquée dans le processus. Ce n'est pas nécessairement la personne au moment où ça arrive sur le point précis, mais ce n'est certainement pas, et c'est pour ça qu'on l'a amené, ce n'est certainement pas un témoin qui peut être un employé de l'hôpital, de toute nature, et qui n'a pas été partie prenante, entre guillemets, dans... par exemple, s'il y a une cascade ou une chaîne d'événements, qui n'a pas fait partie de ça. Mais je laisserais peut-être Me Poirier préciser.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Me Poirier.

M. Poirier (Sylvain): Oui. Bien, vous avez référé, M. le ministre, à la notion de témoin direct. Oui, je pense que dans nos intentions, dans nos représentations, la notion de connaissance personnelle s'applique manifestement au témoin direct de l'événement qui va justifier la déclaration. Mais l'objectif, ici, c'est d'éviter à ce qu'il y ait, en cascade, des dérapages qui feraient en sorte que, dans un établissement, une succession d'intervenants deviennent des témoins professionnels, si vous me permettez l'expression, et, par pur ouï-dire ou autrement, procédant à des déclarations. Je pense qu'à ce moment-là on s'éloignerait de l'objectif recherché par le projet de loi.

Alors, nous, on réfère donc à des personnes qui ont une connaissance directe ou personnelle, si vous voulez — ça a une connotation juridique, la notion de connaissance personnelle — une connaissance personnelle d'un fait justifiant ensuite sa déclaration.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): O.K. Par exemple, un témoin, entre guillemets, direct, c'est-à-dire non pas témoin au moment d'un incident mais par la constatation de certaines de ses conséquences, dans son travail professionnel, est réputé être un témoin de cet ordre.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Me Poirier.

M. Poirier (Sylvain): Oui. Bien, aujourd'hui, vous savez, hein, on favorise, dans les milieux, la pratique en équipe, la pratique de groupe. Alors, il y a des gens qui se succèdent, il y a des gens qui collaborent. Bien sûr que ces gens-là peuvent certainement dans la plupart des cas constituer des témoins directs d'événements particuliers justifiant qu'ils le déclarent. Alors, ça rejoint votre propos.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Sur la question du registre centralisé, donc avec données dénominalisées sur le nombre et la nature des incidents survenus, est-ce que je comprends que vous souhaitez qu'un tel dispositif soit prévu explicitement dans la loi ou pas? Est-ce qu'il est nécessaire qu'il le soit ou pas?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Il n'en est pas fait mention. Il n'en est pas fait mention dans les registres, au niveau du projet de loi, mais il est évident que, si on veut éventuellement sur le plan systémique qu'on puisse faire l'évaluation de ce qui se passe, il va falloir qu'il y ait un registre, je pense, local, régional et national. Et à l'Association, on n'est définitivement pas contre une telle idée, dans la mesure où il y aura les ressources nécessaires pour le mettre en place.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Très bien. Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre, ça va?

M. Bertrand (Portneuf): Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous saluer, vous remercier de votre participation. Peut-être par acquis de conscience, pour que ce soit inscrit dans les transcripts de nos travaux, j'ai eu l'occasion d'avoir un complément de réponse, M. Fernet, là, tantôt, lorsqu'on se saluait, et, à l'égard de la sollicitation de l'agrément et de la non-obtention, il glissait que, dans la philosophie du projet de loi, il ne cherchait pas à ce qu'il y ait une sanction pour la non-obtention. Alors, je le dis pour le bénéfice de la commission, c'est pour mon bénéfice personnel, pour que je m'en souvienne.

Une voix: ...

M. Fournier: Bah! Justement sur ce sujet-là, lorsqu'on regarde l'article en question sur la sollicitation, on voit que, sur réception du résultat de cette sollicitation, l'établissement en informe par écrit le

ministre, la Régie et les différents ordres professionnels. L'Ordre des pharmaciens est venu tantôt pour dire: Juste informer du résultat, oui ou non, ce ne serait pas suffisant; il faudrait qu'on en sache un peu plus sur les raisons de ce résultat, sur les tenants et aboutissants. C'est un peu ce qu'ils sont venus nous dire tantôt.

Je vous demanderais de commenter leur demande à l'égard d'une information plus grande que simplement le oui ou le non à l'égard de l'accréditation pour les ordres professionnels, et si d'aventure vous ne pensez pas que ce que demandait l'Ordre des pharmaciens tantôt ne devrait pas être aussi une demande du gouvernement qui, lui aussi, ne devrait pas se satisfaire que d'un oui ou d'un non à l'accréditation mais à connaître aussi les raisons pour lesquelles cette accréditation aurait, par exemple, été refusée.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): En ce qui a trait aux ordres professionnels et si on regarde un peu ce qui se fait avec le Collège des médecins et le mécanisme d'agrément — puisque, pour ce qui est de la vérification, si on veut, de l'acte à l'intérieur des établissements dans le cadre de l'agrément, c'est le Collège des médecins qui le fait au nom du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé — je pense que, pour les différents ordres, il serait intéressant que ces gens-là se coordonnent dans le cadre de leurs travaux pour avoir accès aux informations des organismes d'agrément. Ça pourrait probablement répondre à certaines de leurs questions.

Maintenant, pour ce qui est de la Régie régionale et du gouvernement, il serait, je pense, fort intéressant que, dans le cas où l'agrément n'est pas obtenu, effectivement, l'établissement ait à transmettre certaines informations pour expliquer ce pourquoi l'agrément n'a pas été obtenu, tout à fait.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci. J'ai noté deux passages, il y en a peut-être plus, mais j'ai noté, au niveau des méthodes d'enquête, ou de l'enquête du comité de gestion, ou de la machine comité de gestion, de la même chose que pour le sujet des coûts afférents à la sollicitation de l'agrément, que vous prenez la peine de parler de l'importance d'avoir les ressources financières pour supporter ces choses-là.

Il y a différents groupes qui sont venus nous dire qu'il y a, dans les accidents évitables, parfois la notion des conditions de pratique: bon, c'est soit la pénurie, c'est soit de l'équipement qui est moins efficace, moins efficient. Et certains sont venus dire que, s'il y a des obligations qui doivent être sur la tête des donneurs de soins, il devrait y en avoir aussi qui sont sur les établissements, notamment, qui devraient eux aussi fournir un cadre qui permet de mieux faire les choses. Est-ce que vous croyez qu'on devrait s'assurer de ce genre de chose dans le projet de loi, de s'assurer que les établissements doivent garantir des conditions de pratique qui sont sécuritaires? Et à cet égard-là, est-ce que ça interpelle ensuite le niveau gouvernemental?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Dans le cadre des incidents-accidents, si on regarde sur le plan pratique ce qui risque de se passer, c'est que, si c'est un incident, il va être déclaré, le gestionnaire de risques va en prendre connaissance, va faire son enquête; même chose pour les accidents. Et les incidents et les accidents se multiplient et il ressort un certain nombre de constatations, il est possible qu'effectivement à un moment donné ce soit carrément l'établissement puis les conditions de pratique qui soient remis en cause, lequel rapport éventuellement va être transmis à la régie régionale et peut mettre effectivement en évidence des lacunes qui sont d'ordre systémique et qui ne sont pas du ressort des prestataires de soins. Et effectivement, je pense qu'il va falloir que ces questions-là obtiennent réponse.

• (16 h 10) •

Donc, il est probable que tout ce mécanisme qu'on met en place mette clairement en évidence des lacunes sur le plan de l'organisation des soins et des services non seulement sur le plan de l'établissement, mais même peut-être plus large. Et là ça va effectivement interpellé plus haut que l'établissement. Maintenant, on va voir quelles sont les réponses qui seront obtenues pour essayer de pallier aux lacunes par la suite.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Dans le fond, c'est de cette logique-là que je veux vous faire jaser un petit peu. Voyons les cas qui existent en ce moment. Il y a des... Protectrice de l'usager, anciennement Commissaire aux plaintes, qui est une mécanique qui permet de répondre à des plaintes d'usagers mais qui sont toujours faites à l'interne, c'est-à-dire que c'est sous la houlette du ministère. Et, lorsqu'il y a des répétitions de plaintes qui pourraient amener à comprendre que peut-être qu'il y a une raison de choix gouvernementaux qui ont été faits ou pas faits, bien, comme ça ne fait pas nécessairement l'affaire de celui qui est impliqué, la divulgation ne sera pas nécessairement très grande. Et je comprends que c'est surtout au niveau de l'établissement. Puis la Régie, quand elle fait sa collecte, elle peut voir différents établissements qui voient de façon systémique que ça se présente.

Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu qu'il y ait... Je veux dire, nous, on parle d'un commissaire à la santé, là, qui serait indépendant, nommé par l'Assemblée, mais oublions cela pour l'instant. D'abord, on n'est pas au gouvernement, puis il n'existe pas, ce commissaire-là. Mais est-ce qu'il n'y aurait pas lieu, par exemple soit au Protecteur du citoyen ou au Vérificateur général, qu'il y ait quelqu'un qui soit indépendant, un poste indépendant, qui existe en ce moment, là, qui pourrait être saisi de cette collecte-là et qui pourrait interpellé le gouvernement?

Parce que le projet de loi comme tel interpellé les gens qui sont à proximité du patient, hein, c'est des donneurs de soins, c'est l'établissement, c'est là que ça

se passe. Puis c'est vrai que, dans la majorité des cas, là, c'est là où ça se passe. Mais des fois les raisons qui amènent un accident ou un incident peuvent interpellé d'autres paliers, et ils sont exclus du projet de loi en ce moment. Est-ce que vous trouveriez utile qu'il y ait une façon d'interpellé? Il y a le registre central, on a déjà parlé du registre central ce matin comme étant un des moyens, mais, encore une fois, le registre central risque de ne pas avoir l'indépendance qui permette d'interpellé de façon valable le gouvernement.

Et je conclus ma question en vous disant qu'aujourd'hui est un bon exemple, la vérificatrice générale a émis son rapport aujourd'hui, et grâce à son indépendance elle a beaucoup de crédibilité, les gens voient ça, et le gouvernement, ça l'interpellé — c'est aujourd'hui, on a eu un moment d'interpellation du gouvernement — souvent pour des choses qui concernent le citoyen et l'établissement, là, dépendamment dans quel domaine on est.

Alors, ma question: Est-ce que vous trouveriez utile qu'il y ait un complément à ce projet de loi là pour que tous ceux qui oeuvrent dans le domaine de la santé, y inclus le gouvernement, trouvent une interpellation?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Effectivement, je pense qu'au même titre où les établissements et les prestataires de soins sont interpellés effectivement par rapport à la question des incidents et accidents, il pourrait être fort utile que le ministère ou le gouvernement soient également interpellés, comme vous le dites, par le Vérificateur général à partir des informations contenues au registre et peut-être aussi par le fait que les rapports des régies régionales... puissent avoir un rapport à produire de façon annuelle quant aux incidents-accidents qui se produisent aux différents endroits dans les différents établissements du réseau. Effectivement, ça pourrait, pour le système, être une plus-value au même titre que, nous, on considère que c'est une plus-value pour les établissements.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Boisvert (Laurent): Il y a Mme Dionne qui voudrait ajouter, s'il vous plaît.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Ah! Oui. Un instant. Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Merci. Moi, j'ajouterais à ça que c'est peut-être une excellente idée, mais que je la trouve un peu prématurée, si je peux me permettre. À partir du moment où on n'a pas une idée exacte du portrait, de la situation, du nombre d'accidents, de la gravité des conséquences, il est difficile de prévoir un mécanisme pour arriver à intervenir à ce niveau-là au niveau plus systémique au niveau du ministère. Je pense qu'il faudrait dresser d'abord un état de situation réaliste. On y va avec de l'intuition, des perceptions, mais on n'a aucune idée de l'ampleur du

phénomène au Québec. C'est ce pourquoi je pense que c'est un peu prématuré de prévoir une instance à ce niveau-là maintenant. Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Châteauguay, en deux minutes.

M. Fournier: Oui. Juste pour vous dire que, si je considère que le projet de loi est mûr pour qu'on interpelle déjà les conseils d'administration à agir parce qu'on imagine qu'il y aurait des accidents qui seront déclarés et qui, lorsqu'on va l'avoir étudié, ça interpelle qu'ils fassent quelque chose, personnellement, je pense que je suis aussi prêt à interpeller, si ça amène une responsabilité gouvernementale, je suis prêt à l'interpeller tout de suite. Mais là, on peut diverger d'opinions, c'est très bien, dans une démocratie, il n'y a pas de problème.

Je termine avec une question sur la divulgation de la récurrence. Page 4: «Nous comprenons mal pourquoi il faudrait systématiquement faire part des mesures mises en place pour obtenir la récurrence d'un tel accident, alors qu'il n'est pas toujours possible de le faire au moment de la divulgation.» Pouvez-vous m'expliquer un peu ce que vous envisagez? Juste pour vous dire que, jusqu'ici, il y a eu deux tenants, deux positions qui ont été présentées. Je pense bien que les membres de ce côté-ci, là, qui écoutent les présentations ont plutôt tendance à comprendre qu'il ne s'agit pas juste d'un événement, d'un accident puis on divulgue, point: C'est arrivé ça, puis on va s'en occuper, mais ils veulent savoir ce qui est fait, les patients, ils veulent savoir ce qui est arrivé, ceux qui ont été victimes de l'accident, ils veulent savoir ce qui a été mis en place. Alors, est-ce que vous tentez de limiter cette divulgation des mesures correctrices ou... Qu'est-ce que vous cherchez à faire? Est-ce que c'est si compliqué?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Il est évident que, lors de la divulgation, le patient, la personne doit savoir quelles sont les mesures correctrices qui sont mises en place dans son cas, dans le cas de l'accident qui est subi. Ça, c'est clair, puis ça doit être clairement et précisément divulgué. Il n'est pas toujours possible cependant, compte tenu de la nature de l'accident, du type d'accident, de pouvoir, au moment de cette divulgation-là, donner les mesures organisationnelles qui seront mises en place, si c'est un problème organisationnel qui peut être en cause, pour éviter la récurrence d'un tel accident. C'est dans ce sens-là qu'on le dit. Et je pense que ce qui est important pour la personne, c'est de savoir clairement et précisément quels sont les moyens qui sont mis en place pour contrer ou éviter des conséquences à l'accident qu'elle a subi. Ça, pas de problème, puis il faut que ce soit divulgué complètement. Mais pour ce qui est des mesures correctrices organisationnelles, ça, ce n'est pas toujours possible au moment de la divulgation et ce n'est pas toujours utile non plus d'en faire part. Je ne dis pas que c'est inutile, mais ce n'est pas toujours utile. C'est dans ce sens-là qu'on le dit.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme la députée de Joliette...

Mme Lespérance: Merci beaucoup. Moi, je m'interroge beaucoup sur le n° 5, puis j'aimerais essayer de comprendre, au fond, si on a besoin d'arriver jusqu'à une loi pour donner le même résultat. Parce que, pour avoir travaillé 25 ans dans le domaine, il y a eu des modes, hein? Dans les 10 dernières années, c'était la mode de la gestion de la qualité totale, et on avait mis aussi des gestionnaires de qualité totale qui avaient, dans plusieurs établissements, la responsabilité de recevoir, bon, tous les formulaires de primes, de les analyser, si besoin de former des comités, puis de savoir qu'est-ce qu'ils allaient faire. O.K.? Donc, dans beaucoup d'établissements, ce processus-là, il est en place et il est déjà là. Ça va être quoi, la différence et l'ajout de plus qu'on va avoir si on met un autre gestionnaire de risques, là? Et ma deuxième question: Est-ce qu'on doit passer par une loi nécessairement pour atteindre les objectifs d'être dans l'obligation de divulguer effectivement ce droit-là au client?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Merci. Pour ce qui est du gestionnaire de risques, c'est la loi qui introduit l'obligation d'avoir un gestionnaire de risques. Et pour nous, s'il y a déjà quelqu'un dans un établissement qui fait un travail sensiblement identique, dirons-nous, on ne créerait pas un deuxième poste pour cela. C'est-à-dire que la personne, par exemple, qui serait responsable de la gestion de la qualité dans l'établissement peut facilement devenir la personne gestionnaire de risques. Ça ne pose pas de problème de ce côté-là. Et on conçoit facilement de toute façon, et pour en avoir discuté avec nos établissements, qu'il y a des établissements importants qui auront probablement un gestionnaire de risques qui va être une tâche à temps plein et dévolue essentiellement à ça, alors que, dans certains autres établissements, la personne qui sera responsable de la gestion des risques aura probablement aussi une autre tâche administrative.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, c'est...

Mme Lespérance: Et ma dernière question? Il n'a pas répondu.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Bien, très rapidement, Mme la députée, c'est pratiquement terminé. Question, réponse.

Mme Lespérance: Compte tenu que de toute façon il y a beaucoup de processus qui sont déjà en place mais que l'obligation n'est pas là de divulguer, est-ce qu'on doit nécessairement passer par une loi pour ajouter l'obligation de divulguer?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Boisvert.

• (16 h 20) •

Mme Lespérance: Un accident, exemple.

M. Boisvert (Laurent): Bon, peut-être que Mme Dionne peut répondre.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): D'accord. Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Merci. Ce qui nous plaît dans le fait que ça apparaisse dans une loi, c'est que, si on se rapporte aux débuts des années quatre-vingt-dix, il y avait près de 80 gestionnaires de risques dans les hôpitaux du Québec; lors des grandes compressions budgétaires des années quatre-vingt-dix, ce sont les premiers postes qui ont sauté. Quand on dit que les procédures et les processus sont encore en place partiellement et pas partout, contrairement à ce qu'il y avait quand il y avait une personne qui était porteur de dossiers, qui était identifiée dans l'établissement comme la personne préoccupée par la sécurité tant des soins que de l'environnement, alors de voir apparaître ceci comme une obligation au même titre que le Commissaire local à la qualité, pour nous, c'est une garantie que, si on se préoccupe de la sécurité des patients, ce ne sera pas au gré des compressions budgétaires ou de la fluctuation des allocations financières. C'est pour ça qu'on trouve ça intéressant que ce soit par le biais du législatif qu'on arrive à sécuriser ce poste-là, si on veut promouvoir la sécurité des patients.

Mme Lespérance: Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le ministre délégué, vous avez encore du temps.

M. Bertrand (Portneuf): Ça va, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Ça va? Vous avez eu votre réponse?

M. Bertrand (Portneuf): Merci. Oui, j'ai eu ma réponse.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, bon, d'accord. Alors, messieurs, madame, merci de votre participation aux travaux de cette commission.

J'inviterais donc les représentants de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec à bien vouloir prendre place immédiatement, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Je suspends les travaux.

(Suspension de la séance à 16 h 22)

(Reprise à 16 h 26)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): La commission va donc reprendre ses travaux. Alors donc, je vous rappelle que nous accueillons présentement

l'Association des CLSC et CHSLD du Québec. Alors, madame, monsieur, bienvenue à cette commission. Je demanderais à la personne qui va nous présenter le mémoire de bien vouloir se présenter et de nous présenter la personne qui l'accompagne. Je vous rappelle que vous avez 15 minutes pour nous présenter ce mémoire. Alors, la parole est à vous.

Association des CLSC et CHSLD du Québec

M. Lemire (Jacques): Alors, merci beaucoup. Mme la Présidente et membres du comité, je veux d'abord dans un premier temps vous présenter Andrée Gendron, qui est la directrice générale de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec dont j'assume la présidence.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Vous êtes donc M. Jacques Lemire.

M. Lemire (Jacques): Je suis Jacques Lemire, effectivement. Alors, je veux dans un premier temps remercier la commission des affaires sociales de nous donner l'occasion de présenter nos commentaires et recommandations sur le projet de loi n° 113 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

Dans la foulée du rapport du comité Francoeur qui constatait que la prestation de services de santé et de services sociaux compte parmi les secteurs d'activité où les risques sont les plus élevés, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec ne peut qu'exprimer son appui à la volonté gouvernementale de mettre en place, par le projet de loi n° 113, des mesures qui visent à favoriser l'émergence d'une culture de sécurité des usagers au sein du réseau de la santé et des services sociaux et qui impliqueront à la fois le ministère, les régies régionales et les établissements.

À ce chapitre, il faut noter qu'au cours de la dernière décennie, la restructuration du réseau et les compressions budgétaires ont produit des impacts non négligeables sur la prestation des services de santé et services sociaux, que ce soit sur les plans de l'accessibilité, de la qualité ou de la sécurité. Ces impacts sur le système conjugués au vieillissement de la population, à la pénurie importante de main-d'oeuvre, à la diminution des ressources affectées à la gestion ont multiplié les facteurs de risque afférent à la prestation des services dans nos établissements.

Souvent confrontés à des choix difficiles, la majorité des établissements ont dû réduire de façon significative leur activité de gestion des risques et d'amélioration de la qualité ainsi que le taux d'encadrement et de supervision clinique, alors que plusieurs ont dû se réduire à remettre à plus tard leur demande ou leur démarche d'agrément. En l'absence de moyens appropriés et de ressources dédiées à une démarche structurée d'amélioration de la qualité, les établissements ont souvent adopté, suite à un accident, une approche punitive orientée principalement sur la recherche de comportements individuels fautifs, se limitant à mener des enquêtes quasi exclusivement auprès de l'intervenant concerné et, de ce fait, ont

contribué à instaurer une culture axée principalement sur la culpabilisation, le blâme et les sanctions.

• (16 h 30) •

Cela dit, il y a lieu de reconnaître les limites de tout projet de loi comme unique véhicule de changement. Nous estimons que les objectifs recherchés par le projet de loi ne pourront être atteints et les mesures afférentes à la gestion des risques actualisées sans être soutenues par un financement adéquat des établissements en matière de gestion des risques. Au-delà de toute autre considération, nous croyons fermement à la mise en place de mécanismes, simples et crédibles, qui permettront aux usagers, aux professionnels et au personnel des établissements de participer, à titre de partenaires, à une démarche structurée d'amélioration de la qualité des services. La réflexion sur le projet de loi n° 113 que nous vous livrons aujourd'hui est donc centrée sur la recherche de solutions réalistes, efficaces et à la mesure des moyens dont disposent les CLSC, les CHSLD et les centres de santé pour assurer leur réalisation.

D'entrée de jeu, nous tenons à souligner notre accueil favorable à la reconnaissance du droit explicite de l'utilisateur d'être informé de tout accident ainsi que des conséquences significatives de cet événement sur son état de santé ou son bien-être. Nous croyons également que l'utilisateur doit être informé des mesures prises pour contrer de telles conséquences ainsi que des mesures adoptées pour en prévenir la récurrence.

Ceci dit, nous croyons qu'il est important que soient mieux définis les termes «accident», «incident», «conséquences significatives» et «effets indésirables» qui se retrouvent dans le projet de loi n° 113. Ces termes ne se retrouvent présentement nulle part dans la loi et, de plus, ils peuvent engendrer une certaine confusion avec des termes semblables qui sont également employés dans le nouveau Code de déontologie des médecins. Nous souhaitons donc que le législateur s'assure de l'harmonisation du texte utilisé dans le projet de loi, et ce, afin d'éviter d'établir des standards différents entre la loi et les obligations déontologiques des professionnels.

L'article 8 du projet de loi fait de la divulgation de tout accident ou incident susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur l'état de santé ou le bien-être des usagers, fait donc une obligation légale de cette divulgation. Nous sommes en accord avec l'introduction explicite de cette obligation dans la loi, qui assure le droit à l'information de l'utilisateur, prévu à l'article 2 du projet de loi.

Il nous importe que le projet de loi établisse clairement une distinction entre ce devoir de divulguer à l'utilisateur tout accident dont il est victime et l'obligation de divulguer des activités à risque, visant, dans une démarche préventive, à détecter les erreurs avant qu'elles ne soient susceptibles d'entraîner des conséquences significatives pour l'utilisateur. Sans une telle distinction sur la portée des obligations de divulgation, nous craignons que le projet de loi ait pour effet d'ébranler la confiance de l'utilisateur dans la capacité des établissements d'assurer une prestation sécuritaire des services.

D'autre part, le projet de loi introduit, pour toute personne qui dispense des services aux usagers,

l'obligation de déclarer tout incident ou accident dans lequel elle a été impliquée ou dont elle a eu connaissance. Cette dernière disposition peut être vue par certains comme une obligation de délation. Nous suggérons de réintroduire dans le texte de cet article la finalité visée par cette déclaration, c'est-à-dire une amélioration continue des programmes de gestion des risques et une prestation des services plus sécuritaires pour les usagers.

Enfin, toujours en ce qui concerne le personnel visé par le projet de loi n° 113, il nous apparaît important d'examiner la portée de l'obligation qui est faite à toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense, pour le compte de l'établissement, des services aux usagers. Mentionnons que le personnel des agences ou autres ne sont pas sous le contrôle des établissements et ne doivent pas être assimilés à leurs employés; ils devraient en conséquence être spécifiquement liés par l'obligation de divulguer les accidents dans lesquels ils sont impliqués.

L'article 8 du projet de loi confie des responsabilités au directeur de l'établissement ou, à défaut, à la personne exerçant la plus haute autorité pour un établissement. À cet égard, nous croyons qu'il serait opportun de modifier l'article 8 du projet de loi pour y introduire une plus grande flexibilité afin que le directeur général puisse désigner un membre de son personnel pour exercer des responsabilités prévues en matière de réception et de traitement des déclarations d'accidents. Et pour s'assurer que le directeur soit informé de tout accident survenu dans son établissement, la transmission obligatoire d'une copie de chaque déclaration d'accident devrait également être prévue dans le projet de loi. À ce chapitre, nous suggérons que l'utilisation du formulaire ministériel adapté à la réalité de chaque établissement ou de chaque mission d'établissement soit aussi rendu obligatoire.

Le dernier paragraphe de l'article 8 du projet de loi crée l'obligation, pour le directeur général, d'aviser la régie régionale dès qu'il a été informé de tout accident susceptible d'entraîner des conséquences significatives sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur. Nous croyons qu'une telle obligation peut s'avérer très lourde d'application, et nous questionnons la pertinence et la nécessité d'informer systématiquement la régie régionale lors de la réception d'une déclaration, et ce, sans égard à la nature de l'accident ou des incidences qui peuvent en découler.

Par conséquent, à défaut pour le législateur de démontrer la pertinence et la nécessité d'une telle transmission, nous recommandons que l'article 8 du projet de loi soit modifié afin de prévoir que le conseil d'administration d'un établissement transmette à la régie régionale, une fois par année et chaque fois que la régie le requiert, un rapport sur les déclarations d'accidents et les mesures prises pour prévenir la récurrence. Par ailleurs, il nous apparaît primordial que la confidentialité des renseignements personnels des usagers impliqués soit assurée lors de la transmission d'informations de l'établissement à la régie régionale.

Afin d'instaurer dans le réseau une structure favorisant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, le projet de loi n° 113 crée l'obligation pour les établissements de constituer un

comité de gestion des risques. Nos établissements et leur personnel accueillent favorablement la volonté législative de faire de la sécurité une priorité pour le réseau de la santé et des services sociaux malgré le fait que, dans leur quotidien, ils éprouvent de réelles difficultés à donner suite aux nombreuses obligations légales qui leur incombent. En conséquence, nous recommandons que la création d'un comité de gestion des risques au sein des établissements, telle que prévue à l'article 7 du projet de loi, soit accompagnée d'un financement adéquat du gouvernement afin d'assurer l'actualisation de ses fonctions et la participation de ses membres. Cela implique que le législateur reconnaisse explicitement la création d'une fonction de gestion des risques au sein des établissements et prévoit donc un financement pour ladite fonction.

Par ailleurs, nous estimons nécessaire de questionner la composition de cette nouvelle instance, et ce, à la lumière du fait que le législateur prévoit à l'article 7 du projet de loi la représentation des personnes qui, en vertu d'un contrat, dispensent des services aux usagers. Nous croyons qu'une telle représentation pourrait inclure des ressources de diverses provenances et engendrer une surreprésentation de ces ressources et, conséquemment, un alourdissement des procédures. Nous souhaitons donc que la participation de ce type de ressources contractuelles soit réévaluée.

En contrepartie, nous déplorons que le législateur n'ait pas étudié la possibilité de reconnaître l'apport, dans les activités de gestion des risques, des comités des usagers et des conseils professionnels institués au sein des établissements. Comme ces instances sont préoccupées au premier chef par la prestation sécuritaire des services, nous recommandons que les rôles du comité des usagers et des conseils professionnels fassent l'objet d'une réflexion afin de favoriser l'harmonisation de leurs fonctions avec celles du comité de gestion.

• (16 h 40) •

En ce qui concerne les pouvoirs du comité de gestion des risques — le cas échéant, du gestionnaire des risques — nous constatons que le libellé de l'article 183 apparaît insuffisant pour préciser leur pouvoir d'enquête et pour rendre des conclusions susceptibles... suite à la survenance d'un accident. Parallèlement, aucune disposition n'accorde, à l'usager, au professionnel, au membre du personnel ou à la personne qui, en vertu des contrats de services, dispense des services, le droit d'être entendu et de présenter ses observations au comité ou au gestionnaire des risques.

Conséquemment, nous demandons donc: de clarifier les pouvoirs du comité de gestion des risques et, le cas échéant, du gestionnaire des risques; de clarifier les règles d'équité procédurales dans le cadre des activités du comité de gestion; d'introduire, dans le projet de loi, des dispositions qui régissent la tenue et les règles de confidentialité.

Et pour terminer sur le sujet de l'agrément: l'agrément est, par le projet de loi, rendu obligatoire. Nous nous réjouissons de cette volonté du législateur de reconnaître les bienfaits. Nos membres reconnaissent que le processus d'agrément constitue une démarche d'autoévaluation pertinente. Cela dit, il nous apparaît important d'accompagner notre appui à toute démarche

d'agrément de l'obligation pour le gouvernement d'assurer le respect de l'intégrité du processus afin d'en conserver les impacts bénéfiques. Pour nous, il importe de ne pas dénaturer le programme d'agrément en en faisant un simple mécanisme de contrôle de la qualité. Pour nous aussi, nous craignons que la diffusion obligatoire des résultats ne s'inscrive davantage dans le processus d'inspection et de contrôle de la qualité, ce qui risque de modifier de façon importante le rôle actuel des conseils d'agrément.

Cependant, nous savons qu'il coûte déjà actuellement entre 19 000 et 30 000 pour un établissement pour couvrir les frais du Conseil québécois d'agrément et, en conséquence, nous croyons que le ministère doit donc mettre en place les conditions nécessaires au développement du processus d'agrément en en assurant le financement.

En conclusion, nous estimons que la question de la sécurité des usagers et de la transparence est une dimension essentielle de la qualité des services que sont appelés à dispenser des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Dans ce contexte...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, en conclusion, s'il vous plaît, parce que là on a dépassé, même, le temps.

M. Lemire (Jacques): Oui, je termine. Je termine. Dans ce contexte, il importe que l'actualisation des propositions de la loi n° 113 repose sur une volonté ferme du législateur de doter le réseau de la santé et des services sociaux non seulement d'obligations, mais de véritables moyens pour assurer une amélioration continue de la qualité des services et une démarche valide de gestion des risques. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, nous allons procéder immédiatement avec la période d'échange. M. le ministre délégué, je vous cède donc la parole.

M. Bertrand (Portneuf): Oui, Mme la Présidente. Il y a un point que j'aimerais clarifier avec vous en ce qui regarde la déclaration. Dans un contexte d'un réseau qui peut être assez distribué, hein, parce que quand il s'agit, par exemple, de services à domicile, de soins à domicile, même dans certaines circonstances où on contracte avec un tiers pour la dispensation de certains services, je dirais, le monitoring du système constitue un autre défi, un autre niveau de défi, là, dans ce contexte-là, comment vous voyez l'application de l'article 8 où, notamment, il est bien dit, au milieu du paragraphe — ne bougez pas, je vais tout le dire: «Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, le plus tôt possible», etc.? Bon. Alors, les personnes qui fonctionnent... contractuelles, comme vous nous le mentionniez tout à l'heure, de mon point de vue, en tout cas, ma lecture à moi, c'est qu'ils sont couverts

effectivement par les dispositions prévues au projet de loi et, notamment, par l'article 8. Or, vous sembliez dire tout à l'heure que ces organisations-là et leurs employés étaient comme dispensés de l'application de l'article. À moins que j'aie mal compris, là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Lemire.

M. Lemire (Jacques): Non. Ce n'est pas ça qu'on dit.

M. Bertrand (Portneuf): O.K.

M. Lemire (Jacques): Ce qu'on dit, c'est que ces employés-là ne sont pas des employés de nos établissements. Tous les contractuels, toutes les agences, tous les gens qui interviennent et qui interviennent particulièrement au regard des services à domicile dont vous faisiez mention, toutes ces personnes-là doivent... sont tenues de déclarer.

Ce qu'on dit, nous, c'est qu'il faudrait qu'ils aient une obligation liée à leur statut et non pas une obligation qui est l'obligation d'un employé, parce qu'il n'est pas évident à notre point de vue que — même s'il y a obligation dans la loi — il n'est pas évident à notre point de vue que ces personnes-là vont — comme c'est des occasionnels, comme c'est des personnes qui interviennent sporadiquement — il n'est pas évident que ces personnes-là vont se rendre au bout de l'obligation de déclaration.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Oui, bien, c'est une question d'observance des dispositions prévues dans la loi, là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Oui. Écoutez, il nous semblait fort important de mentionner le fait, entre autres, que les agences et tout ça ne sont pas couverts par un statut d'employés par nos établissements. Donc, il fallait s'assurer que, par la loi, ils soient tenus, quand ils travaillent pour nous, d'avoir à faire les mêmes déclarations. Et, par extension aussi, nous, on trouvait que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, dont entre autres en CHSLD, on a un lien contractuel, mais qui eux sont dans des espaces physiques autres, ils devaient être dûment couverts par la loi et être tenus à cette déclaration-là et devaient répondre aussi aux processus et règles que s'est donnés le conseil d'administration de l'établissement, même s'ils sont une ressource intermédiaire, une ressource de type familial.

M. Bertrand (Portneuf): On s'entend qu'ils le sont effectivement par les dispositions prévues à l'article 8.

Mme Gendron (Andrée): Nous, on ne le trouvait pas aussi clair. Alors, si vous le considérez,

nous, c'est de vous demander que tous ceux qui agissent en notre nom, soit sur une forme contractuelle, soit en services à domicile — dans la région de Montréal, entre autres, on va engager des agences puis il y a une infirmière qui va aller à domicile — soit une ressource intermédiaire, soit une ressource de RTF, notre demande est à l'effet qu'ils doivent répondre à cette loi-là et qu'ils soient sous l'obligation de déclaration.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Alors, je peux vous dire, Mme la présidente, que notre intention, c'est qu'ils le soient si on a à interpréter ces textes-là effectivement. Bon.

Mme Gendron (Andrée): O.K. On s'entend.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Étant donné que ce n'était pas clair pour nous, c'était un besoin de clarification qu'on avait.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Ça va. M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Mme la Présidente. Vous dites aussi qu'il y a absence d'harmonisation entre l'article 56 du Code de déontologie des médecins et l'article 2 du projet de loi. Je crois comprendre, moi, d'après ce que j'ai comme information, que le Collège des médecins y voit, lui, une concordance. J'aimerais ça que vous m'expliquiez sous quel rapport, là, votre point de vue se conforte ou se justifie.

Mme Gendron (Andrée): Oui.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Excusez-moi. Notre préoccupation est à l'effet que la loi utilise des mots comme «accident», «incident» — et je m'excuse, là, de mémoire — il y a...

M. Lemire (Jacques): Conséquences.

Mme Gendron (Andrée): ...«conséquences graves» et que, par la loi, ce n'est pas défini, alors aussi qu'on a des codes de déontologie professionnels dont celui des médecins, dont celui des physios qui utilisent aussi ces termes-là, mais qui ne lui donnent pas nécessairement la même portée.

Alors donc, juste pour qu'il y ait une concordance pour que, à un moment donné, s'il arrive un accident de cet ordre-là... Si, nous, à l'intérieur de la gestion des risques d'un établissement, on a la même définition ou le même concept qu'au CMDP, parce que le Code de déontologie des médecins le définit de la même manière, dans les autres codes de déontologie, qu'il soit défini de la même manière. Comprenez-vous?

Parce qu'on ne l'a pas cette définition-là. Qu'est-ce que c'est qu'un incident? Qu'est-ce que c'est que des... voyons, mon...

M. Lemire (Jacques): Des accidents.

Mme Gendron (Andrée): Accident, il y a incident, il y a — je m'excuse, je ne retrouve pas...

M. Lemire (Jacques): Conséquences.

Mme Gendron (Andrée): Conséquences graves. C'est des choses qui portent à interprétation.

M. Bertrand (Portneuf): Très bien. Donc...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Pardon, Mme la présidente. Vous faites la comparaison avec, bien sûr, le Code de déontologie des médecins. Mais est-ce que je comprends que vous avez fait la même vérification à l'égard, par exemple, des autres... par exemple, pour les infirmières ou les autres professionnels concernés? Oui?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): On l'a regardé rapidement et on souhaiterait qu'il y a une concordance qui soit faite pour ne pas que, à un moment donné, quand il arrive un problème, on ne s'entende plus du tout sur qu'est-ce que c'est qu'un accident, qu'est-ce que c'est qu'un incident. Et, à cet égard-là, quand on vous mentionnait le Code de déontologie des médecins, à la page 6 de notre mémoire, en haut de page, vous voyez que les termes de la loi ne sont pas les mêmes que celui des médecins. Donc, quand il y a un cas grave comme ça, il ne faut pas laisser d'espace à l'interprétation parce que, à un moment donné, c'est le client qui en est pénalisé.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Très bien. Oui. Un autre point. Qu'est-ce que vous entendez exactement par l'obligation de déclarer à l'usager les activités à risque? Référez-vous à ce moment-là à un genre de — je ne sais pas — consentement éclairé que vous souhaitez voir s'établir ou je ne sais pas, moi... Vous référez à quoi, exactement?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Mme Gendron.

● (16 h 50) ●

Mme Gendron (Andrée): Nous, c'est la déclaration d'un accident ou des activités à très haut risque. Oui, il faut qu'on le déclare à l'usager, quand il y a eu une activité qui a pu porter conséquence sur sa santé et son bien-être. Il y a deux — c'est peut-être là, M. Bertrand — nous, on fait deux choses différentes. Quand l'usager a eu des impacts sur une activité qui n'a

pas été faite adéquatement, il faut absolument, dans tous les cas, lui dire. Et on est d'accord avec votre projet de loi.

On fait cependant une distinction avec la déclaration qu'un employé devrait faire s'il y a risque qu'il y ait un accident qui pourrait éventuellement porter préjudice à des clients. Et, à cet égard-là, on pensait entre autres — et on en était soucieux — à des clientèles qui, entre autres dans nos centres d'hébergement de soins de longue durée, on ne peut pas tout le temps, selon nous, étant donné même la nature de leur problématique, toujours leur dire: Écoutez, bon, il a failli y avoir un risque parce que, bon, telle chose. Parce que, à ce moment-là, c'est des gens fragiles puis on fait monter un niveau d'angoisse. Mais ça, on est prêts à le déclarer et à être imputables auprès des régies régionales et tout ça parce que c'est en mesure de prévention. Mais, pour l'individu, c'est peut-être juste un petit peu la notion qu'on faisait.

M. Bertrand (Portneuf): Donc, ça m'éclaire.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Ça va, M. le ministre?

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui. Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous saluer. Merci d'être avec nous. On se disait à mots couverts qu'on avait un peu compris que vous répétiez ce que plein d'autres nous ont dit, c'est-à-dire la divulgation d'incidents n'est pas nécessaire parce qu'elle peut faire craindre encore plus. La divulgation d'accidents, elle, est nécessaire et, dans tous les cas, la déclaration et d'accidents et d'incidents. Probablement que l'ambiguïté est venue... Depuis le début, on parle de divulgation lorsqu'on regarde l'usager, et de déclaration lorsqu'on regarde la machine, et, lorsqu'on utilisait le terme pour l'autre cas, ça pouvait être mélangeant.

Ceci étant dit, parlons un peu de l'agrément. Tantôt, M. Lemire, vous avez dit: L'agrément est obligatoire. Enfin, j'ai compris que c'était la sollicitation de l'agrément qui était obligatoire. L'agrément comme tel, lui, n'est pas obligatoire en vertu de la loi. Est-ce que je me trompe?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Le processus d'agrément deviendrait obligatoire.

M. Fournier: La sollicitation d'un agrément, pas l'obtention d'un agrément.

Mme Gendron (Andrée): Oui, oui.

M. Fournier: O.K.

M. Lemire (Jacques): Oui, oui, on se comprend.

Mme Gendron (Andrée): En espérant qu'on...
Oui?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, un instant, là! Vous aviez terminé, M. le député de Châteauguay, ou si vous avez...

M. Fournier: Non. Je peux reprendre mon souffle et y aller tout de suite.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, allez-y.

M. Fournier: Pouvez-vous me dire — parce que, tantôt, l'AHQ est venue nous dire que, bon, il y en avait un certain nombre chez eux qui avait l'agrément — dans votre réseau à vous, quel est l'état des lieux en termes d'accréditation? Comment ça se passe et qu'est-ce qui reste encore à faire?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Lemire.

M. Lemire (Jacques): Actuellement, il n'y a pas beaucoup de nos établissements qui ont fait la démarche d'agrément. Cependant, ce qu'on sait, c'est que nos établissements sont intéressés à faire une telle démarche d'agrément parce que, pour eux, ça représente une évaluation importante de l'externe, d'un autre organisme qui vient dire: Voici, votre établissement fonctionne bien ou fonctionne moins bien, il doit refaire ses devoirs sur tel ou tel sujet.

Cependant, ce qu'on dit, c'est que, depuis 10 ans, avec les compressions budgétaires, avec les priorités que les établissements ont dû se donner, l'agrément n'a pas été dans ces priorités-là. Et ce qu'on demande, c'est: Si jamais l'agrément, la sollicitation d'agrément devenait obligatoire, il faudrait que le financement y soit attaché pour que les établissements soient en mesure de faire le processus d'agrément sans être obligés de réduire leur personnel au niveau des risques, sans être obligés de réduire leur personnel au niveau d'autres processus dont la qualité ou les plaintes, parce que, bon, les sommes étant limitées, il y a des choix nécessaires à faire.

Alors, ce qu'on souhaite, c'est que, s'il y a sollicitation d'agrément obligatoire, il y ait financement de cette sollicitation.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Ce message a aussi été passé par d'autres commanditaires avant vous.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Fournier: Alors, pas de problème. Je vais ajouter une notion, pour ce qui est de l'agrément: À l'occasion de visites, de tournées, je suis allé au CHSLD de Drummondville qui ont obtenu un agrément, et je pense qu'il est bon de rajouter ici que ça développe aussi une fierté au sein de l'établissement, puis ce n'est pas mauvais dans ce monde ou ce moment où la déprime est plutôt au rendez-vous que le bonheur d'aller travailler.

Je sens que, Mme Gendron, vous vouliez dire quelque chose.

M. Lemire (Jacques): Je suis d'accord.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Excusez-moi, M. Lemire.

M. Lemire (Jacques): C'est... qui a fait la démarche d'agrément et, effectivement, c'est un phénomène de fierté important.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme Gendron, vous vouliez ajouter?

Mme Gendron (Andrée): Ce que je voudrais ajouter, c'est que la Fédération des CLSC qui est une fédération constituante de l'association actuelle, d'ailleurs, c'est elle qui a vu à la création du Conseil québécois d'agrément actuellement. Donc, la préoccupation de la gestion de la qualité, elle est entière. Malheureusement, aujourd'hui, on n'arrive pas dans nos établissements, avec les compressions et les compressions de services qu'on fait, à prioriser une démarche avec un conseil externe.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Toujours sur le même sujet, l'article qui est prévu dans le projet de loi dit ceci: «Sur réception du résultat de cette sollicitation, l'établissement en informe, par écrit, le ministre, la régie... et les différents ordres professionnels.» En rafale, cet après-midi, les ordres professionnels des pharmaciens sont venus nous dire que, eux, il serait important pour eux qu'ils ne sachent pas seulement si c'est oui ou non, l'obtention ou non de l'agrément mais les raisons qui sont au soutien, j'imagine, surtout de la non-obtention, du refus d'agrément.

L'AHQ, par la suite, à qui j'ai posé la question si ce n'était pas important que le ministère, lui aussi, soit au courant des raisons, semblait aller dans le sens d'une réponse favorable. Je me suis peut-être trompé, mais je vous écoutais tantôt, et je semblais plutôt lire que c'était une affaire interne, pour vous, l'agrément, et que, qu'il y en ait une diffusion disons au réseau ou au ministère, ça vous plaisait moins. Pouvez-vous me dire si je vous ai bien compris et, si c'est le cas, pourquoi?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Oui. Écoutez, nous, notre préoccupation, c'est de ne pas dénaturer l'agrément. C'est-à-dire que l'agrément, pour nous, c'est un processus volontaire qui implique tout le monde et qui est une démarche volontaire de gestion de la qualité et qui est une mobilisation des ressources humaines et qui est un processus constant. Alors donc, si l'agrément est trop utilisé avec un contrôle a posteriori en disant: C'est bien ou ce n'est pas bien, on s'arrête là. Avec trop de détails, ça désapproprie cette démarche interne dans laquelle s'impliquent toutes les ressources humaines.

Alors donc, nous, qu'un processus d'agrément vienne dire: C'est parfait, O.K., mais que l'équipe continue à posséder, elle, son information pour savoir ce sur quoi ils vont continuer à travailler... Parce que ce n'est pas juste un contrôle, en disant: Aujourd'hui, vous avez eu 95 % ou A, bravo! Ça ne s'arrête pas là, hein. Demain, il faut continuer à le faire parce que c'est constant, parce que la population change, parce que les besoins changent. Alors donc, il y a cet effet un peu pervers puis qu'on diffuse tout partout en disant: Regardez comme on est beaux, on est fins, et ça s'arrête là.

Notre préoccupation serait plus à l'effet que, quand on n'arrive pas à avoir l'agrément, il faut qu'on continue, nous, à l'intérieur, de continuer à travailler. Qu'on ait de l'imputabilité sur résultat et que la régie régionale nous demande d'avoir des corrections, puis qu'on l'ait dans des délais, ça va. Mais de diffuser à tout vent puis aux ordres professionnels et à tout le monde les raisons pour lesquelles on n'en a pas eu, on trouve ça assez préoccupant au niveau du personnel et comme facteur de démobilisation et de démotivation. Il y a comme une espèce de facteur de condamnation qui... qu'on a peur qui arrête le processus d'évolution.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Tout le projet de loi est basé sur une philosophie que la — le projet de loi, le rapport et puis tout le courant, là — sur une philosophie que la déclaration... la transparence va être un outil de déculpabilisation et doit être vue dans cette culture, en tout cas de déculpabilisation, mais de chercher à mieux faire. Par exemple, à l'égard du patient qui a subi un accident, de lui dire, c'est déjà un bout de fait; de se le déclarer à l'interne, d'avoir un comité qui nous suit pour nous corriger, ce n'est pas pour se blâmer, c'est pour s'améliorer.

Pourquoi cette philosophie-là s'arrête tout à coup lorsque l'établissement qui sollicite une accréditation craindrait, lui, de subir un blâme ou une sanction? Pourquoi la même philosophie ne se perpétue pas si l'accréditation a été refusée? Si elle a été obtenue, vous ne direz pas grand-chose: on l'a obtenue puis il n'y a pas grand-monde qui va chercher. C'est si elle est refusée, qu'il y ait intérêt — vous dites «à tout vent», je n'attendais pas tant que ça, on parle des ordres professionnels et du ministère, là — pourquoi est-ce que ce serait pénalisant? Moi, je verrais ça différemment: ce seraient des mesures d'accompagnement qui viendraient du ministère, à n'en pas douter, hein. Je suis sûr que le ministère n'est pas là pour taper sur la tête des établissements. Il est là pour les accompagner. Alors, pourquoi est-ce que... Et, en même temps, il y a un éveil là-dedans, là. Moi, je le vois plus... Je suis — ça fait trois jours qu'on est là-dedans — je suis plutôt coloré par la philosophie de la transparence ou non culpabilisante. Alors, comment vous réagissez à ça?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Mme Gendron.

• (17 heures) •

Mme Gendron (Andrée): Oui. Écoutez, quand on dit: Avec le ministère, on a une obligation de

reddition de comptes, et le ministère est quand même — ou la régie régionale — responsable des établissements, alors là je n'ai pas de problème, dans le cas où celui qui n'aurait pas l'agrément, qu'il y ait une mesure de support apportée à cet établissement-là pour qu'il l'ait et qu'il fasse ces travaux-là. De là à dire à tout vent, c'est peut-être exagéré, mais, même avec toutes les autres professions, et tout ça, c'est sûrement dans un deuxième temps. Parce que notre croyance...

Et ce n'est pas un manque de transparence. Ce n'est pas un manque de transparence, c'est beaucoup plus une volonté de trouver l'énergie chez notre personnel pour qu'il s'implique dans une démarche constante de progression et non pas avec le couperet d'une condamnation après et d'une démobilisation. Comprenez-vous ça? Puis ce n'est pas un manque de transparence, là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député.

M. Fournier: Honnêtement, je pense que je comprends. Je comprends la difficulté qu'il y a d'instaurer une culture, et je pense que c'est la même chose, tant qu'à moi, que la déclaration. Quelqu'un, un travailleur, va faire une déclaration, peu importe, médecin, infirmière, whatsoever, il fait une déclaration sur son collègue. Il va se poser la question deux ou trois fois avant de la faire, là, parce qu'il travaille avec à tous les jours, hein, puis il faut qu'il soit bien inspiré que c'est pour l'améliorer, son collègue, puis améliorer tout le réseau. Alors, voyez-vous? L'établissement, c'est la même chose, et c'est pour qu'il voie que c'est pour s'améliorer. Il ne faut pas qu'il le voie comme quoi ça va le pénaliser. Enfin, j'imagine qu'après un certain temps on va finir par développer une culture. Est-ce que j'ai le temps d'aborder une autre question?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Il vous reste à peu près deux minutes, M. le député.

M. Fournier: J'en profite. Merci. Je vais revenir sur la question des...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, posez votre question rapidement si vous voulez avoir une réponse.

M. Fournier: Je vais revenir sur la question des contrats de services. Honnêtement, c'est la première fois que c'était soulevé. Le ministre nous aiguillonne sur l'article. Je l'ai lu, je l'ai relu. Je vois difficilement comment est-ce qu'ils ne sont pas touchés. À mon avis, il est touché, mais là, dans cet article-là. Il est touché par l'obligation de déclaration, point.

Est-ce que ce que vous nous dites finalement, c'est: On peut bien reconnaître que ceux d'agences sont obligés, par la loi, à la déclaration, mais, comme ils ne sont pas sous l'emprise du conseil d'administration et des divers comités qui peuvent y être créés, la suite de cette déclaration-là risque, à l'égard de ce travailleur-là, de ne pas être égale à ceux que connaissent les autres travailleurs qui sont sous la houlette du conseil d'administration? Donc, votre question n'est peut-être

pas, à l'égard de l'article 8, de prévoir que, dans les mécanismes qui suivent la déclaration, ceux qui sont des travailleurs d'une autre entité que le conseil d'administration de l'établissement soient aussi touchés. Comment on peut y arriver? Est-ce que vous y avez pensé, à la façon d'aller le rechercher dans le reste du projet de loi?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, très rapidement, s'il vous plaît, Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Écoutez, nous... Et c'est pour ça qu'on l'a apporté, parce qu'on trouvait que les ressources intermédiaires, les ressources de type familial puis aussi des ressources... Bon, un ressource contractuelle qui travaille à l'intérieur de notre établissement, il y a moins de problème que quand on engage des ressources ponctuelles agences. On voulait qu'il soit clairement dit que, quand ces ressources-là travaillent auprès des clients et qu'ils ont un lien contractuel avec nous, ils doivent et qu'il soit dûment mentionné par la loi comme étant tenus de déclarer. Après ça, ils seront assujettis au processus que se sera donné le conseil d'administration de l'établissement en matière de traitement, et tout ça.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme la députée de...

Mme Gendron (Andrée): C'était ça, notre préoccupation.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Mme la députée de Joliette. Vous avez trois minutes.

Mme Lespérance: Bonjour. Merci de nous avoir livré tous vos commentaires. Je pense que ça a apporté un éclairage additionnel. Parce qu'on avait rencontré quand même plusieurs associations, mais tout le volet CLSC-CHSLD, on ne l'avait pas abordé encore. Et Dieu sait comment est-ce qu'on s'en va encore plus vers cette population-là.

Tout à l'heure, les gens qui sont venus parler en avant de vous nous ont informés qu'effectivement ça prenait de l'argent neuf pour implanter un système comme ça, puisque, de toute façon, ce système-là, à toutes fins pratiques on l'avait, mais ça a été les premières coupures qu'on a subies dans le réseau ou assimilées à d'autres tâches. O.K.? Donc, est-ce que vous pensez que ce serait une condition sine qua non pour mettre en place l'application de ce projet de loi là? Et, ma deuxième question, comment vous intégrez cette loi-là? Actuellement, on a plus de 3 000 lits qui ont reçu un permis privé, des lits d'un centre hospitalier de soins de longue durée qui ont reçu du ministre un permis de centre hospitalier privé autofinancé. Ça veut dire que, à toutes fins pratiques, le gouvernement ne donne aucun sou à ces gens-là, et c'est le client qui paie lui-même. Comment on peut intégrer tous ces gens-là à l'intérieur de toute cette mécanique-là? Puis quelles vont être les responsabilités et les obligations de tous ces établissements-là?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Oui. Il y a plusieurs questions dans votre question. Je viens de perdre la première.

M. Lemire (Jacques): L'argent neuf.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, Mme la députée de Joliette, c'était quoi, votre première question?

Mme Gendron (Andrée): Oui, l'argent neuf.

Mme Lespérance: Oui.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): O.K., ça va.

Mme Gendron (Andrée): Le support financier. Est-ce que l'établissement de seuils est conditionnel au support financier? Moi, je vous dirais que oui, à tel point... Et ici on vous explique très bien qu'à un moment donné on est obligés de mettre des mesures de gestion du risque, parce que notre encadrement clinique n'est pas suffisant pour qu'on puisse travailler avec nos équipes pour faire en sorte qu'il y ait tout le temps une préoccupation de gestion de la qualité. Vous savez, les limites d'argent, alors qu'on a des populations qui croissent, bien, le fait que peut-être on n'est pas capables de suffisamment former notre monde, qu'on n'est pas capables de les encadrer cliniquement suffisamment, ça nous fait augmenter notre risque et, si on déplace encore des sous sur l'offre de service qu'on est en train de donner à des gens puis qu'on déplace ça pour mettre un contrôle sur le risque, on vient en même temps d'augmenter notre risque puis de mettre juste l'établissement d'une forme policière de contrôle a posteriori. Et ça, c'est dangereux, et c'est ça, notre préoccupation.

Alors donc, de s'inscrire, aux trois niveaux, dans une démarche de gestion de la qualité pour faire en sorte qu'il y ait de moins en moins de risques pour les usagers, ça demande des obligations à trois niveaux, dont un qui est de supporter financièrement et que ce ne soit pas la diminution de l'offre de service qui supporte une mesure policière au risque parce qu'on n'est plus capable de l'assumer à l'intérieur d'une infrastructure qui permette ça. Alors donc, ça, j'arrête avec ça.

Donc, votre deuxième question était: Comment couvrir les centres privés... Écoutez, nous, on est l'Association des CLSC et des CHSLD publics, il est certain qu'on est les porte-parole des CHSLD publics. Alors, tout le volet des privés autofinancés, c'est beaucoup moins de notre responsabilité. Mais peut-être qu'on pourrait se permettre que, pour tous les citoyens du Québec qui, lorsqu'ils sont devenus vulnérables et qu'ils ont des risques et qu'ils font l'objet d'être victimes de risques, ils devraient toujours être couverts par cette loi-là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme Gendron, M. Lemire, merci pour votre participation aux travaux de cette commission. J'inviterais donc les représentants de l'Association des centres jeunesse du Québec à bien vouloir prendre place immédiatement, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, madame, monsieur, bonjour. Bienvenue à la commission. Je vous demanderais... Tout de suite, je vous avise que vous avez 15 minutes pour présenter votre mémoire. Et j'aimerais que la personne qui va le présenter puisse se présenter officiellement et bien sûr nous présenter la personne qui l'accompagne.

Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ)

Mme Caron (Marie): Merci beaucoup, Mme la Présidente. J'espère que vous m'entendez bien?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, on vous entend très bien, madame.

Mme Caron (Marie): Alors, vous comprendrez que la personne qui est avec moi, ce n'est pas Mme Bourassa. Elle s'excuse...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): On a eu un doute.

Mme Caron (Marie): Oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Caron (Marie): Alors, mon nom est Marie Caron. Je suis à la Direction des services du soutien du personnel et de la qualité des services pour le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches, et M. Lamarche, président de notre association, m'a demandé de venir personnaliser, si vous me permettez l'expression, le mémoire que vous avez reçu de l'Association déjà depuis quelques heures. M. Lindsay, qui travaille avec moi à la coordination du développement professionnel donc, a décidé de m'accompagner sur le volet parce qu'à deux parfois on peut se donner du relais pour...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Est-ce qu'on peut avoir le prénom de M. Lindsay? Pour la transcription, vous comprendrez, madame.

Mme Caron (Marie): M. Alain Lindsay, qui travaille aussi aux Centres jeunesse Chaudière-Appalaches. Mme Bourassa s'excuse infiniment de ses obligations légales. Évidemment, quand les enfants ont besoin, il faut être là.

Alors, sans plus tarder, je vais vous présenter à grands traits bien sûr, sur trois volets, le mémoire de l'Association des centres jeunesse concernant la prestation sécuritaire des services. Et les trois volets sont les suivants: la notion de bien-être bien sûr, le mécanisme pour assurer cette prestation-là, que vous avez appelé «comité de gestion de risques», et finalement le rôle des régies régionales.

• (17 h 10) •

Les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches, comme vous le savez, ont un mandat d'offrir des services sociaux spécialisés aux enfants, à leur famille, notamment ceux requis en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse et de la Loi des jeunes

contrevenants. Ces deux lois ont comme caractéristique principale d'oeuvrer en contexte d'autorité avec des usagers qui ne sont pas d'emblée volontaires à recevoir des services, dont le bien-être, d'entrée de jeu, est déjà compromis, donc des lois d'exception. Les centres jeunesse offrent aussi des services à 100 000 enfants et familles chaque année. La majorité de ces services sont offerts dans le cadre de la Loi sous la protection de la jeunesse, s'adressant aux enfants et aux familles sérieusement affectées de négligence, de mauvais traitements, d'abus sexuels, d'abandon, de troubles sévères du comportement. Les centres jeunesse dispensent aussi des services aux jeunes contrevenants... qui assument, pour la Cour supérieure, l'expertise de la médiation lors de litiges de garde d'enfants. Alors, vous voyez, on intervient toujours dans un contexte particulier d'assurer un meilleur bien-être aux enfants.

Alors, on parle aussi de l'adoption qu'on s'occupe chez nous, de la recherche des antécédents sociobiologiques, des retrouvailles entre parent naturel et enfant adopté, toujours dans un contexte de bien-être. Par ailleurs, comme les centres jeunesse offrent aussi des services d'hébergement en famille d'accueil, en foyer de groupe ou en internat, la question de prestation sécuritaire de services se pose fréquemment pour eux, dans le contexte englobant d'un milieu de vie parfois passablement différent, par des règles de vie et son aménagement parfois contraires à ce que les enfants ont vécu dans leur propre famille. Aussi, tant la Loi de la protection de la jeunesse que la Loi des jeunes contrevenants ou encore les politiques particulières comme celles de la contention et de l'isolement — vous connaissez? C'est des politiques qu'on a chez nous où parfois il faut empêcher un enfant de se blesser, si vous me permettez l'expression — ont-elles balisé précisément les pratiques susceptibles d'avoir un impact sur la prestation sécuritaire des services.

C'est pour ça qu'on vous parle en particulier de ces politiques-là. Ainsi, bien qu'en appuyant sur le fond et sans réserve l'esprit de projet de loi n° 113, tant au plan de la prestation sécuritaire des services, de la transparence et d'un meilleur soutien pour les usagers, nous souhaitons vivement que celui-ci soit complémentaire au processus déjà établi pour protéger les usagers et qu'il tienne compte du contexte particulier ainsi que la nature de nos interventions en centres jeunesse. Déjà, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse de même que la protection des usagers, la loi 27, interviennent dans bon nombre de dossiers des centres jeunesse, le plus souvent en lien avec la prestation des services sécuritaires dans nos milieux. Donc, la question que nous soulève le projet de loi, c'est la notion de bien-être.

Si la notion d'erreur médicale peut être assez facilement appréhendée ou circonscrite, notamment en raison de la formation des activités, de la présence de nombreux protocoles, la notion d'incident, d'accident qui entraîne des conséquences significatives relatives au bien-être reste plus floue et plus difficile à opérationnaliser dans notre milieu. Comme les jeunes qui nous sont confiés sont trop souvent à risque, aux prises simultanément avec plusieurs problématiques, comme certaines interventions peuvent par ailleurs être «cadrantes» ou exceptionnelles, il faudrait s'assurer de

bien baliser la notion de bien-être, d'incident, d'accident et voir à ce qu'elle ne vienne pas recouvrir des interventions courantes déjà encadrées par des lois, des politiques en place et qu'elles ne soient pas si larges qu'elles en perdent un sens d'exceptionnalité qui s'applique à la gestion des risques dans nos milieux. Par exemple, la fugue d'un adolescent est un incident qui présente un risque pour celui-ci. Mais il est difficile de comprendre, comme le présente la loi, qu'il s'ajuste aux autres mesures déjà mises en place pour encadrer ce genre d'incident là chez nous. Alors, on a pas mal de choses autour de la question.

L'applicabilité de ce projet de loi repose donc sur la clarification de la notion de bien-être ainsi que des balises précises définissant le type d'incident ou d'accident. Ne pas définir ces éléments risque d'entraîner ultérieurement, pour les autres centres jeunesse et possiblement pour d'autres secteurs de services sociaux, des complications légales et des dilemmes d'éthique importants. On vous a parlé de cette recommandation au bas de la page.

Quant aux créations d'un comité de gestion de risques, plusieurs comités existent au sein des établissements, notamment les comités d'usagers, les conseils multidisciplinaires, le commissaire local à la qualité, qui a été enchâssé dans la loi 27 assez récemment, les comités du personnel administratif et de soutien, les comités d'éthique, les comités de CSST, les comités de relations de travail, les comités sur les maladies infectieuses. Même si le mandat prévu pour ce nouveau comité à l'article 183.2 est clair, ne faut-il pas s'assurer de la plus grande complémentarité possible avec les instances déjà en place? Déjà, dans le cadre de la protection des usagers, on a prévu un lien direct avec le conseil d'administration, un relais avec la direction des ressources humaines, une connexion avec les ordres professionnels ainsi qu'un branchement direct sur la protection des usagers.

Créer un nouveau comité sans tenir compte de l'économie générale des comités en place risque, pour nous, d'engendrer des dédoublements inutiles, peut-être parfois dysfonctionnels et coûteux. De plus, la mise en place des comités aura un impact financier non négligeable, surtout si on prend en compte l'ensemble des opérations assurant la qualité qui devront sous-tendre leur fonctionnement. Déjà, l'agrément obligatoire prévu à l'article 107 va générer, à lui seul, les coûts non prévus aux opérations courantes. Autant les mesures qualifiantes et structurantes peuvent être aidantes et nécessaires, encore faut-il qu'elles n'empiètent pas sur les ressources financières destinées aux services directs aux usagers mais plutôt qu'elles contribuent de façon significative à l'amélioration des services directs et indirects qui y sont destinés.

Il faudrait donc s'assurer que la mise en place des diverses mesures prévues se fasse en prévoyant le financement requis bien sûr ou autrement, sans financement, élargir peut-être certains comités.

Le rôle des régies régionales. Alors, dans le contexte de la protection des usagers, le gouvernement du Québec vient d'accroître le rôle et les responsabilités du commissaire à la qualité, et ça, très récemment. Ici, par contre, on semble vouloir confier aux régies régionales les responsabilités générales d'assurer aux

usagers la prestation des services sécuritaires de santé et des services sociaux. Ceci est d'autant plus paradoxal que les établissements sont responsabilisés directement au niveau du conseil d'administration via leur comité de gestion de risques.

Quels sont réellement les rôles des régies régionales? Quel type d'articulation y aura-t-il avec d'autres instances et, notamment, avec la protectrice des usagers? Dans les opérations, plusieurs questions se posent: Pourra-t-on transmettre des informations nominatives à la régie? Vous savez qu'on agit toujours auprès des mineurs. Alors, la notion de confidentialité chez nous est toujours un accent fort important. Sans le consentement explicite des usagers, pourra-t-on se contenter de déposer à la régie régionale un rapport annuel touchant la gestion des risques? La régie sera-t-elle concernée par la question du financement de cette structure et des mesures associées? Le projet de loi n'est pas très explicite sur cette question, à notre point de vue.

Si on souhaite une implantation bien orchestrée de ce projet, encore faudrait-il bien articuler la complémentarité des établissements et des régies de même que l'harmonisation avec les autres instances complémentaires. J'entends celles qui existent dans les centres jeunesse.

En conclusion, l'Association des centres jeunesse du Québec reconnaît l'importance du projet de loi n° 113, de ses visées touchant la prestation de services sécuritaires, la transparence ainsi que le soutien des usagers. Cependant, son application dans le secteur des services sociaux à la jeunesse, sans un effort supplémentaire pour mieux baliser la notion de bien-être ainsi que les interventions visées, risque d'entraîner des complications et des ambiguïtés considérables. Cette loi serait très difficile d'application dans ce secteur tant que les clarifications nécessaires n'auront pas été apportées. Il faudrait éviter de multiplier aussi les instances avec les mandats qui peuvent se recouper sans prévoir des passerelles, sans en assurer la mesure et les coûts.

Enfin, le rôle précis des régies régionales devrait être clarifié de même que son articulation avec les établissements, évidemment dans le respect de la confidentialité des dossiers — vous le savez, avec les derniers sondages, l'espèce d'exception que comporte dans les centres jeunesse la notion de confidentialité... Alors, c'était cette expression que notre association voulait vous donner au nom de tous les centres jeunesse.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Caron, je tiens à vous remercier pour la qualité de votre présentation. Sans plus tarder, je vais céder, comme il se doit, la parole au ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux, à la Protection de la jeunesse et à la Prévention. M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Merci, M. le Président. Je vous remercie également pour le dépôt de votre mémoire et également votre présentation ici. Mme Caron, M. Lindsay. Merci d'avoir, M. Lindsay, remplacé à pied levé Mme Bourassa.

● (17 h 20) ●

Donc, je comprends que j'irais sur les points qui vous font quelque inquiétude, là: l'absence de définition des mots «incident», «accident» et de la notion de

bien-être; la question des dédoublements par rapport aux nombreux comités qui existent déjà; et le caractère pas assez explicite quant au rôle de la régie. Bon.

Vous le savez probablement, plusieurs groupes ont manifesté le désir qu'on précise la notion, par exemple, d'accident ou d'incident. Mais, à ma connaissance, sur la notion de bien-être, c'est peut-être la première fois que... Non? Je ne sais pas, moi, ça m'apparaît être une expression qui est évidente en soi quand on parle de santé et de bien-être. Autant on ne définit pas, à mon sens, en tout cas à ma connaissance, dans les textes de lois, ce qu'est la santé, en tout cas à ma connaissance, même chose pour le bien-être. Est-ce que vous auriez à cet égard...

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Lindsay, est-ce que...

M. Bertrand (Portneuf): ...une suggestion?

Le Président (M. Labbé): Si vous permettez, M. Lindsay, je vous cède maintenant la parole.

M. Lindsay (Alain): Merci. En fait, quand... Mettons que je sors d'ici puis je tombe par terre, je me casse un bras, je vais à l'hôpital, puis habituellement les gens dans cette situation-là vont accepter facilement le traitement. Nous, nous intervenons dans des situations où, les gens, ils ont été signalés pour des situations d'abus, ou de négligence, ou même de troubles de comportement. Ça fait que notre intervention, ce n'est pas comme un médecin, ça ne se fait pas dans un contexte où les gens sont volontaires, où ils veulent avoir le traitement mais qu'il faut les convaincre, dans un premier temps, qu'il faut qu'ils aient le traitement. Ça fait que la notion de bien-être, pour eux, là, le bien-être, ils ne l'ont pas. Déjà, l'attitude qu'ils ont avec leur enfant... Ou encore l'adolescent qui a un comportement qui n'est pas acceptable pour ses parents, mais, pour lui, il l'est, acceptable, le bien-être, pour lui, ça va être quoi à ce moment-là lors de notre intervention? Il y a quelque chose qui mériterait d'être précisé.

M. Bertrand (Portneuf): Mais, vous, dans votre domaine... Excusez.

Le Président (M. Labbé): Oui. Excusez. Mme Caron peut-être. M. le ministre, si vous permettez, Mme Caron a peut-être un élément.

M. Bertrand (Portneuf): Mme Caron, excusez-moi.

Mme Caron (Marie): Pour ajouter un peu plus, vous savez, dans cette notion de bien-être là, comment peut-on définir l'acte social que l'on fait dans nos services, qui peut avoir des effets à plus ou moins long terme chez l'individu, et qu'on a fait le bon acte clinique, si vous me permettez l'expression? On utilise souvent comme langage dans notre milieu: On ne voit pas le bobo guérir, nous autres. Les plaies intérieures, on sait maintenant qu'elles ont des effets sur la santé des êtres humains. Mais, quand je demande à un adolescent s'il se sent bien heureux de quitter ses amis, son école, il ne

me dira pas que je m'occupe de son bien-être. Il peut me le dire après qu'il est parti, mais là on parle d'exercice de loi qu'on va faire au moment du traitement.

Et, chez nous, la notion de bien-être n'est pas évidente. On aimerait particulièrement que cette question puisse être traitée, si on devait adopter la loi plus rapidement, en marge. On voudrait que ce soit un peu plus exceptionnel pour les centres jeunesse, considérant aussi l'usage et le travail rigoureux que fait la protection de la jeunesse aussi... pas la protection de la jeunesse, pardon, la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, qui sont les gardiens de ce bien-être-là des jeunes et qui peuvent entrer chez nous en tout temps. Alors, cette notion-là est fort importante pour nous. Alors, accident, incident... C'est un accident dans la vie d'un enfant parfois, un vol aussi. Vous comprenez ce qu'on veut dire?

M. Bertrand (Portneuf): Oui, oui, je comprends très bien. Bien, enfin...

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

M. Bertrand (Portneuf): Excusez-moi, M. le Président. J'ai saisi la complexité et le caractère très, très spécifique du genre d'intervention que vous avez à faire effectivement. Si vous avez des suggestions, au-delà de l'inquiétude, parce que vous connaissez votre domaine beaucoup mieux que nous et que moi, en tout cas, j'apprécierais.

Le Président (M. Labbé): Mme Caron.

Mme Caron (Marie): En fait, une des suggestions qu'on vous ferait, c'est de pouvoir se pencher avec vous sur le mécanisme, comment on pourrait arriver, à l'intérieur d'un centre jeunesse, à travers les balises et les politiques actuelles... Par exemple, on a mis, dans la Loi de la protection de la jeunesse, l'obligation d'avoir des politiques sur la contention et l'isolement, de déclarer aux parents. À l'intérieur de la loi, on a ajouté aussi l'obligation d'un plan d'intervention pour nos jeunes. On ne fait pas n'importe quoi avec ces jeunes-là, puis une crise d'adolescent, ça ne se guérit pas, ça s'accompagne. On ne le met pas en isolement parce qu'il crie. Alors, je pense qu'on a beaucoup de mécanismes où on pourrait vous convaincre de nous donner l'exception d'agir, à l'intérieur de cette loi-là, avec diligence.

D'ailleurs, on est à l'intérieur de plusieurs lois chez nous, et on est très balisés. Et on a beaucoup d'avocats qui travaillent en concertation avec nous, qui défendent le droit des parents, le droit des enfants, qui sont, à mon avis, aussi des gardiens de ce bien-être-là. Alors, je ne sais pas si je vous donne des solutions, mais je vous donne des pistes pour réfléchir avec nous à cet effet-là.

Le Président (M. Labbé): M. le ministre. Oui, M. Lindsay avant, si vous permettez.

M. Lindsay (Alain): Au fond, notre travail, c'est qu'on gère un risque, un risque entre le court terme puis le long terme, un risque d'agir dans l'intérêt de

l'enfant mais, je dirais, au détriment d'un bien-être immédiat, hein? C'est ça, dans le fond, ce avec quoi on est pris. Mais on gère le risque, on le gère à tous les jours, ça, ce risque-là. Que ce soit en protection de la jeunesse ou encore en réadaptation, lorsqu'on héberge les enfants, on est confronté à ça.

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

M. Bertrand (Portneuf): Est-ce que vous avez un exemple d'incident, un exemple de ce que pourrait être un incident dans l'application de cette loi-là, dans votre domaine?

Le Président (M. Labbé): Mme Caron.

M. Bertrand (Portneuf): Mme Caron.

Mme Caron (Marie): Par exemple, on a déjà des jeunes adolescents — vous me permettez l'expression — assez costauds qui peuvent faire une bonne crise subséquemment à des effets de drogue. Ça quadruple la force physique. Nos intervenants en sécurité vont aller arrêter ce jeune-là pour ne pas qu'il blesse un collègue ou encore qu'il se blesse lui-même. Il nous est arrivé qu'un jeune se fasse briser une épaule: déclaration immédiate, rapport immédiat.

On a plein de choses qui obligent les intervenants, qu'ils soient d'une agence ou de nos intervenants, à déclarer. Premières personnes informées: les parents. L'enfant en fugue: immédiatement les policiers, pour être capables de le ramener le plus vite possible, pour ne pas qu'il soit en danger; deuxième, aussi vite, le parent. Donc, déclaration obligatoire dans nos protocoles, dans nos processus. Et, dès le lendemain que les bureaux ouvrent, si ça se passe la nuit, l'avocat de l'enfant est appelé par nos intervenants, et ça fait partie de toutes nos normes et procédures. Alors, bien sûr que je pourrais vous en élaguer encore longuement.

On a eu aussi des abus sexuels dans nos centres jeunesse. Protocole d'intervention, enchâssé très serré dans nos milieux, qui oblige... Nos partenaires entrent en jeu et viennent immédiatement intervenir dans notre milieu. Vous savez, on travaille avec des enfants et le risque, comme M. Lindsay l'a si bien dit, c'est d'avoir des effets psychologiques pour le restant de leur vie. Mais le risque qu'on a aussi, c'est: Est-ce que, d'avoir retiré cet enfant-là, on a pris la bonne mesure? Je vous dis que, chez nous, on est dans le flou. Dans le quotidien, on dit: On est dans le mou, ça ne saigne pas.

Le Président (M. Labbé): Merci, madame. M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): J'ai l'impression que ce que vous nous dites comme cri du cœur, là, c'est: Ce qui est prévu dans le projet de loi, c'est déjà ça qu'on fait de par le...

M. Lindsay (Alain): C'est le mandat qu'on a.

M. Bertrand (Portneuf): Le mandat que vous avez et ses différentes dispositions, là, bon. O.K. Je comprends. Très bien.

Sur la question du dédoublement des instances, bien sûr qu'on peut voir là-dedans, là, avec un comité de gestion de risques, un élément de lourdeur additionnel, mais, en même temps, pour nous, il nous apparaît qu'il est important de visibiliser la finalité même d'un tel comité pour qu'il en incarne en même temps l'importance, d'une certaine façon. Et c'est la raison pour laquelle on propose sa création au sein de l'établissement. Est-ce que, relié à l'échange qu'on vient d'avoir, vous êtes en train de me dire que, dans le cas spécifique des centres jeunesse, ça s'applique peut-être moins?

Le Président (M. Labbé): Mme Caron.

Mme Caron (Marie): Pour nous, ça nous apparaît, effectivement, quitte à élargir un peu le mandat du commissaire à la qualité pour vous assurer d'avoir des gens supplémentaires qui étudient certaines questions autour de ça. Mais on pense que, actuellement, avec toutes les personnes qui agissent en intervention avec nous, on est assurés de ça, dans le contexte très spécifique et exceptionnel, je vous dis, de l'intervention en protection de la jeunesse. Vous comprendrez, je ne parle pas de l'intervention de mes collègues qui interviennent en jeunesse de façon générale. Je vous parle de la protection de la jeunesse, des centres jeunesse qui agissent là-dessus.

Évidemment, on a, comme dans les CLSC ou dans les autres partenaires, la notion de famille d'accueil, hein, de ressources en périphérie de nos services. Et là aussi on a des mécanismes très rigoureux de sélection. Nos intervenants vont intervenir de façon continue dans les dossiers, et chaque enfant a un intervenant social qui est le gardien de son bien-être. Et, si jamais... Et souvent la relation de confiance établie avec l'enfant permet de pouvoir permettre à l'enfant de déclarer s'il y avait des situations.

● (17 h 30) ●

Alors, oui, on pense qu'aux centres jeunesse, on a pas mal de choses. Si on ne vous a pas assez convaincu, on pourrait vous en reparler plus longuement. Mais je suis une passionnée, hein, je suis toujours comme ça quand je parle.

Le Président (M. Labbé): Ça paraît, madame. Oui, M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Par exemple, toute la fonction un peu statistique là, mais pas de façon froide là, le fait d'avoir un comité semblable, de recueillir de l'information nous permet, par accumulation d'informations, des fois, de prendre action plus efficacement, hein. Est-ce que, à l'intérieur même de ce que vous faites via vos différents comités, vous avez ce genre de préoccupations-là: monitorer la récurrence, en tirer des enseignements sur l'amélioration des processus? Est-ce que ça va jusque là?

Le Président (M. Labbé): Mme Caron.

Mme Caron (Marie): Absolument, et on est actuellement en processus d'agrément chez nous, et ça nous a permis, grâce à un regard extérieur de notre système, d'avoir des indications où il faudrait améliorer

certain aspects. Évidemment, dans notre monitoring, on essaie toujours de regarder comment l'effet du traitement qu'on a donné a assuré le bien-être, et c'est pour ça que, de temps en temps, on modifie nos services. Actuellement, on veut prendre des virages de maintenir de plus en plus le jeune dans son milieu, et vous allez voir comment la recherche en lien avec les écoles scientifiques nous aide, où... Par exemple, je vais vous donner le cas de l'abus sexuel où, antérieurement, on avait tendance à sortir systématiquement l'enfant, et là, on a réalisé, dans la recherche sociale, qu'il valait mieux le laisser un peu plus et d'amener la famille à bien s'assurer de cette sécurité-là.

Oui, tout notre monitoring sert à réfléchir à nos actions, nos actions de risque de notre intervention sociale. Vous savez, ce n'est pas rien quand on intervient dans une famille, nous autres là. C'est les droits des gens, quand on rentre chez eux. J'aurais bien voulu que la protection de la jeunesse rentre chez moi sans mandat et sans clairement avoir eu pas mal d'éléments factuels qui leur donnent l'autorisation d'intervenir. Voyez-vous? Alors, il y a beaucoup de choses autour de ça qui, à mon avis, donnent cette sécurité-là.

Le Président (M. Labbé): Merci, madame. Alors, je céderais la parole à Mme la députée des Chutes-de-la-Chaudière, s'il vous plaît.

Mme Carrier-Perreault: Merci, M. le Président, puis je suis contente de rencontrer les gens de Chaudière-Appalaches, bien sûr.

Moi, j'ai une question. Ça va être assez rapide, je sais qu'il reste très peu de temps. Vous avez mentionné, il y a quelques instants, que l'intervenant social était le gardien du bien-être du jeune qui arrive chez vous. Alors, question, par curiosité, parce que, effectivement, il m'est arrivé d'avoir des cas dans le passé où il y avait des délais importants entre l'entrée du jeune en institution et le moment où pouvait lui assigner un intervenant social: Ça prend combien de temps aujourd'hui pour qu'un jeune ait vraiment un intervenant social? Parce que je sais qu'il y a déjà eu une période, il faut vous dire, au début des années quatre-vingt-dix, où il y avait quand même plusieurs mois d'intervalle. Le jeune était là mais il n'y avait personne d'assigné. Alors, s'il faisait une fugue ou quoi que ce soit, il n'y avait personne pour l'aviser, la police, comme vous disiez, ou pour intervenir.

Alors, je voudrais savoir, aujourd'hui, est-ce que ce délai-là est aussi long qu'avant ou s'il est plus court?

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Caron.

Mme Caron (Marie): Votre question est fort pertinente. Je vais devoir m'accuser que oui, il y a encore des délais d'attente, parce que, chez nous, on ne peut pas commander l'intervention. Elle nous arrive sans même qu'on la commande, et, bien sûr, on a des préoccupations de ressources.

Actuellement, ce qu'on fait, c'est qu'on intervient en urgence. On s'est mis des codes où est-ce qu'il y a des priorités. Un immédiat, c'est qu'on agit immédiatement. On a la notion de cinq jours, dépendamment de la

situation. Vous comprendrez que là, après que l'évaluation est faite, si on ne peut pas mettre l'intervenant social, souvent, on va aller baliser avec un support supplémentaire d'un intervenant de la réadaptation, par exemple. On va prendre des ententes parfois aussi avec les parents, la famille immédiate, puis on dit: Écoutez, on ne peut pas vous assigner quelqu'un tout de suite. On va vous le donner dans tant de temps. Mais oui, on a encore des délais d'attente, et ça, on souhaite que ça puisse se régulariser. On fait un travail de moins actuellement là-dessus, si vous me permettez l'expression, pour essayer de voir comment on pourrait modifier nos ressources, les utiliser autrement, surtout l'application des mesures. Je vous garantis que, quand il s'agit de danger d'enfants, on les sort.

Évidemment, je vous confesserai que le jeune adolescent, il n'est pas pressé de nous voir; les parents sont souvent plus pressés que lui. Alors, il fait peut-être partie de notre sixième journée où on s'entend avec l'école pour savoir: Est-il là à matin? S'il est dans la classe, c'est une balise, voyez-vous? Et ça, ça nous permet de s'assurer qu'il n'y a pas d'enfants en danger, voyez-vous? C'est un filet de sécurité. Mais là où l'enfant est en danger, on intervient par exemple.

Mme Carrier-Perreault: Est-ce que ça dure encore trois mois?

Mme Caron (Marie): Pour certains cas, on est dans une perspective à peu près de 30 jours, et, dans certains cas, ça peut prendre peut-être six semaines. Il y a parfois des effets de mobilité de personnel aussi. Quand on fait une mobilité, parfois on dit: Bon, bien, il va en arriver un là puis on va le mettre là. Mais on essaie toujours de s'assurer qu'il y en ait le moins possible, mais on en a encore, malheureusement.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme Caron. Alors, sans plus tarder, je vais maintenant céder la parole au porte-parole officiel de l'opposition en la personne du député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci, M. le Président. À mon tour de vous saluer, vous remercier de votre présence qui donne une couleur très différente à tout ce qu'on a vu jusqu'ici.

Je vais me consacrer exclusivement au sujet qui est préoccupant, qui est la distinction que vous avez par rapport aux autres établissements. Je prends bonne note, nous prenons tous bonne note de la différence essentielle par l'usager qui ne souhaite pas nécessairement être là.

Par ailleurs, je comprends la difficulté avec la notion de bien-être, parce que le bien-être... D'abord, les perceptions peuvent être différentes de ce qu'est le bien-être et, encore, dépendamment dans quelle position on est chez vous, en tout cas, là, et, en plus, elles peuvent évoluer dans le temps. Si je comprends bien, votre réalité, c'est qu'il peut y avoir une contrainte au bien-être immédiat en vue de donner un bien-être éventuel plus large plus tard. Et depuis tantôt que vous parlez de ça, je ne sais vraiment pas comment... honnêtement, je n'ai aucune idée comment le projet de loi, en tout cas dans sa forme actuelle, comment il peut arriver à régler

la problématique que vous vivez. Je ne suis pas sûr que, même en enlevant le mot «bien-être», même si on se collait à un texte qui pourrait ressembler à celui du Collège des médecins pour leur cas, là, je ne suis même pas sûr que ça réglerait tant que ça votre problématique. Est-ce qu'il y a une piste de solution du côté de l'agrément? Bon. D'abord, du côté d'un constat, là, tu sais, le législateur, il dit: Bon, eux autres, ils ont déjà un ensemble de règles qui les amènent à faire des déclarations à gauche et à droite et à être suivies.

Par ailleurs, si on les retire du projet de loi, à certains égards, on les garde dans le projet de loi pour l'obligation de solliciter un agrément et que dans ce processus-là d'agrément il y a là une mécanique, dans le fond, volontaire. Comme disaient ceux qui précédaient tantôt, il y a une approche d'amélioration constante puis, en même temps, de préoccupation à l'égard de ce qui peut se produire. Est-ce que votre... En termes concrets, j'essaie de faire en sorte que, lorsque vous allez quitter, j'aurai compris ce qu'on peut faire pour vous là, en tout cas, vous demander: C'est-u faisable ou pas? Y a-tu d'autres répercussions, ça, c'est d'autre chose. Mais, si vous étiez exclus de l'application du projet de loi, sauf à l'égard de l'obligation de sollicitation d'agrément, étant entendu que vous avez d'autres obligations ailleurs, là... Je vous prends au mot, là. Quand vous me dites qu'on est déjà couvert ni plus ni moins par d'autres méthodes, on peut toujours justifier par le fait qu'on n'est pas obligé de faire du mur-à-mur, toujours justifier par le fait que, vous, vous avez déjà été couverts par d'autres mesures législatives, mais que le processus d'accréditation d'agrément permettrait d'être un plus dans l'esprit du projet de loi. Est-ce que ce serait une façon de répondre à votre souhait?

Le Président (M. Labbé): Mme Caron.

Mme Caron (Marie): Quant à nous qui sommes actuellement dans le processus d'agrément — peut-être que si vous m'auriez posé la question il y a quelques mois — mais je vous dirais que l'exercice qu'on a fait chez nous s'est avéré — puis je pense que mes prédécesseurs l'ont dit — fort intéressant et fort judicieux. Les gens de l'agrément qui ont fait l'exercice avec nous sont venus vérifier dans le moindre détail: est-ce que vous avez une politique sur l'isolement, la contention? Est-elle connue de vos employés et utilisée? On a même été voir les enfants pour leur demander: est-ce que tu y vas dans la chambre d'isolement, toi? Le petit bout de neuf ans qui a dit oui, mais je vais réfléchir, puis ça ne prend pas 10 minutes qu'ils viennent me voir. C'est pour que je fasse ma crise.

Alors, je pense que oui, le processus d'agrément pour nous autres est une piste intéressante. Évidemment, on est trois centres jeunesse au Québec qui ont fait le processus, et j'ai entendu, de la part de mes autres collègues aussi, un bon effet de grand ménage pour ne pas oublier. Parce que, vous savez, on est des êtres humains et, parfois, il faut se faire redire, là, qu'on pourrait manquer de rigueur sur certaines choses. C'est bien. Ça pourrait être une voie. Je vous dirais que pour nous... mais toutes les autres vont rester entièrement importantes et nécessaires pour nous.

● (17 h 40) ●

J'entends la Commission des droits... de la protection de la jeunesse qui vient ici parfois lors d'une plainte d'un jeune. Le jeune peut s'adresser à la Commission en tout temps puis leur dire: Moi, je me veux plaindre, j'ai eu des mauvais traitements. La Commission débarque chez nous, puis elle dit: Je viens vérifier. Alors, vous voyez, nos jeunes, ils peuvent avoir recours. Évidemment, vous comprendrez que c'est les plus vieux qui s'en servent un peu plus, nos ados qui ne veulent pas être là.

On a aussi la satisfaction des usagers, qu'on fait systématiquement, au-delà de l'agrément, où on appelle au moins 500 usagers pour leur demander, à eux et aux parents, est-ce qu'ils ont été satisfaits. Je vous dirais que nos statistiques sont excellentes. Vous pourriez voir les tableaux de bord de tous les centres jeunesse. Ça aussi, ça fait partie de nos obligations. Notre conseil d'administration qui nous demande aussi des redditions de comptes régulièrement. Il y a peut-être une voie, là. Avec nos tableaux de bord, avec nos politiques: Combien vous avez eu de fugues? Combien d'isolements? Qu'est-ce qui s'est passé? Nos conseils d'administration dans les centres jeunesse... Et je vous dirais que l'effet des enfants est peut-être là: ils sont très impliqués, c'est majeur. Nos employés sont aussi sur le conseil, et ça aussi, c'est important, de maintenir cet aspect-là.

Le Président (M. Labbé): M. le député.

Mme Caron (Marie): Je ne sais pas si j'y réponds.

Le Président (M. Labbé): Ça va bien. C'est excellent, madame.

M. Fournier: J'apprends en même temps, puis j'essaie de comprendre. Je comprends très bien que la possibilité de plainte existe, ça va, mais ça existe aussi dans les autres cas. Ce qui est cherché ici, c'est l'autodéclaration ou la déclaration, par ceux qui constatent, d'un geste inapproprié, appelé accident ou incident, là, qui provoque des séquelles, une complication pour l'usager. On ne se met pas dans le processus de la plainte, là, on se met dans l'idée de: c'est l'intervenant qui constate, parce que peut-être que le jeune, lui, ne l'a pas constaté — c'est ça qui est un peu envisagé, ici — ne l'a pas constaté. L'intervenant qui le constate et qui donc, par la loi, est obligé de se rapporter, entre guillemets, et dans un but d'amélioration.

Est-ce que, dans l'ensemble des dispositions législatives qui vous encadrent, il y a une telle obligation de se déclarer, lorsqu'on constate nous-mêmes qu'un autre intervenant a posé un geste malencontreux, alors même que le jeune, lui, ne le saurait pas, ne l'aurait pas constaté lui-même? Est-ce qu'il y a, ailleurs, l'obligation... Je cherche, en fait, une excuse pour faire en sorte que vous pourriez ne pas être dans le projet de loi, parce que vous auriez des obligations identiques venant de d'autres lois. C'est un peu... Je cherche un inventaire ou une façon de voir que ça justifie que vous soyez exclus du projet de loi. Sinon, quand on... Il ne faut pas faire de mur-à-mur, ça, tout le monde comprend ça, est pour ça, mais il faut aussi être capable de justifier les exceptions.

Alors, c'est un peu cette justification-là que je cherche, au niveau légal, de déclaration, au-delà de la plainte. Je comprends ça qu'il y a la possibilité de s'améliorer par là. Je comprends qu'il y a des conseils d'administration mais, vous savez, dans tous les établissements, les conseils d'administration sont tous de bonne foi, ils veulent le mieux. Alors, je ne suis pas encore rendu à la bonne raison, là.

Le Président (M. Labbé): Mme Caron.

Mme Caron (Marie): Je ne sais pas si je vais bien vous répondre, mais on a dans nos centres jeunesse beaucoup la notion d'évaluation et de coaching, O.K.? Et l'intervention en centre jeunesse n'est tellement pas isolée, que tous les intervenants ont à rendre compte soit à l'avocat du jeune, soit à l'avocat des parents, au chef, au directeur, au juge, aux parents, au réviseur — parce qu'on a des réviseurs qui viennent voir et qui dénoncent parfois des situations. Alors, je vous dirais qu'il y a beaucoup de choses autour de ça qui fait que la loi du silence est dure à tenir. Vous me suivez, quand je dis ça, hein?

M. Fournier: Oui, je vous suis.

Mme Caron (Marie): Mais je ne sais pas si je réponds.

M. Fournier: Oui. Écoutez...

Le Président (M. Labbé): En fait...

Mme Caron (Marie): Mais si vous avez le goût de venir visiter un centre jeunesse, vous êtes bienvenu chez nous, hein, vous allez comprendre comment... C'est intéressant pour la société de le voir parce que, vous savez, on n'a pas bonne presse, hein, en DPJ. Mais il y a quelque chose de très rigoureux dans ça.

Le Président (M. Labbé): Alors, je sais, madame, que le député de Châteauguay ne peut pas aller en centre jeunesse, il a passé l'âge, mais je vais quand même...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): ...je vais quand même céder la parole à M. Lindsay, qui avait un complément d'information. M. Lindsay.

Une voix: ...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Caron (Marie): C'est vrai qu'on ne prend pas que les mineurs. À moins qu'il soit jeune contrevenant.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lindsay (Alain): Je m'excuse, je ne me souviens pas de ce que je voulais dire.

Le Président (M. Labbé): D'accord. Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Bien, peut-être que je conclurais comme ceci. Puis je constate que ça peut être difficile de faire la démonstration. Vous la faites, néanmoins, en termes pratiques, dans les faits, avec le réviseur, tout ça, vous le faites comme il faut. Mais je vous le demande à vous, peut-être que je le demande aussi au ministre en même temps: Serait-il possible que, pour la période de l'étude article par article, nous puissions avoir un portrait législatif de l'encadrement que les centres jeunesse connaissent, par rapport aux autres établissements, qui nous permettrait de mettre la table, en début d'étude, pour voir si effectivement il n'y a pas d'autres sources législatives qui couvrent les souhaits du 113 à leur égard et qui leur empêcheraient d'être soumis à une règle de bien-être qui est très différente dans les services qui sont offerts, à mon avis, en centres jeunesse puis en centres hospitaliers, là? Forcément, on ne cherche pas le même bien-être, là, encore que peut-être qu'il y a des comparables. Il y a des soins que l'on doit donner qui n'amènent pas un bien-être immédiat pour un bien-être futur, hein.

Alors, peut-être qu'il y a des analogies à faire quand même, mais je pense que ce serait utile de pouvoir en savoir plus pour essayer de ne pas faire de mur-à-mur, mais coller en même temps l'esprit de la loi.

M. Labbé: Bien. Mme Caron? Mme Caron.

Mme Caron (Marie): D'ailleurs, pour noter, puis je ne pourrais pas vous dire par coeur l'article de loi, mais la Loi de la protection de la jeunesse a un article qui prévoit la lésion de droits des jeunes. Et vous avez raison, quand on dit que de l'étudier un peu plus attentivement, on va peut-être trouver les réponses dont on a besoin pour s'assurer de la sécurité et du bien-être.

M. Fournier: Merci beaucoup.

Le Président (M. Labbé): Ça va?

M. Fournier: Oui.

Le Président (M. Labbé): Merci, M. le député de Châteauguay. Alors, je céderais maintenant la parole à la députée de Joliette.

Mme Lespérance: Moi, je suis comme très ambivalente, dans le sens où, oui, j'écoute bien ce que vous dites mais, d'un autre côté, je connais aussi la vulnérabilité de cette cliente-là puis, malgré toutes nos bonnes dispositions, on ne peut pas contrôler toute la qualité de notre personnel qui intervient auprès de ces jeunes-là. O.K.? Quand on parle d'incidents, quand on parle d'accidents, dans le fond, ça peut être un de nos employés qui a posé un geste, hein: on en a entendu parler, il y a même des abus sexuels qui ont été faits.

Est-ce que, si on exclut les centres jeunesse de la loi, en tout cas, de l'obligation, on va être entièrement blindé? Ou vous avez encore quelque chose qui couvre déjà tout ça?

Le Président (M. Labbé): Mme Caron.

Mme Caron (Marie): Vous me permettez...

Mme Lespérance: Oui.

Mme Caron (Marie): ...de répondre par une question? Est-ce que vous pensez qu'avec la loi on va régler ça? Il y a eu des abus sexuels dans les centres jeunesse. J'ai moi-même congédié des gens avant même la loi, et ça, je vous dis qu'on va faire l'impossible. Mais je ne sais pas si on va toujours y assurer. Parce que vous avez raison: autant un parent, parfois, ne s'assure pas du bien-être. Puis, même si on a une Loi de la protection de la jeunesse au Québec qu'on n'a pas ailleurs, il y a des choses qui vont nous échapper malheureusement.

Alors, je ne suis pas capable de répondre à votre question, mais je peux vous dire qu'on fait tout en notre possible pour ne pas que ça arrive.

Mme Lespérance: Mais moi non plus. C'est ça qui me tire.

Mme Caron (Marie): Mais ce dont je suis sûre, c'est que, avec la loi, on n'y arrivera peut-être pas plus. On peut alourdir plus le système mais utilisons donc bien ce qu'on a avec rigueur, de façon continue, en élargissant certains mandats s'il faut, mais je suis plus préoccupée par cette partie-là. Et ça légitimise aussi tout ce qu'on a mis sur pied depuis des années.

Alors, je ne sais pas si je réponds à votre question mais... Je vous donne simplement une opinion, mais comprenez que mon opinion n'engage pas tous les centres jeunesse, mais j'essaie spontanément de vous donner mon expertise parce que ça fait quand même pas mal d'années que je travaille dans ce domaine-là.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme Caron.

Mme Lespérance: Merci.

Le Président (M. Labbé): Est-ce que, Mme la députée de Joliette, il y a d'autres questions? Ça va?

Mme Lespérance: Non, ça va.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci beaucoup. Alors, je tiens à vous remercier, M. Lindsay, Mme Caron. Merci pour la qualité de votre intervention et de votre présentation.

Alors, compte tenu qu'on a épuisé les points de cet après-midi, je suspends donc les travaux jusqu'à 20 heures, ici même, ce soir, dans le même local.

Merci, et bonne fin de soirée. Bon appétit à tous.

(Suspension de la séance à 17 h 49)

(Reprise à 20 heures)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, la commission des affaires sociales va donc reprendre ses travaux...

Des voix: ...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): S'il vous plaît! Alors, la commission va donc reprendre ses travaux. Je vous rappelle que nous sommes réunis pour poursuivre les consultations particulières et tenir les auditions publiques sur le projet de loi n° 113, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

Alors, tel que nous l'avions annoncé précédemment, nous rencontrons donc maintenant le Conseil québécois d'agrément. Alors, j'ai deux représentants. Bienvenue à cette commission. Alors, je vous rappelle que vous avez 15 minutes pour nous présenter votre mémoire. J'apprécierais que la personne responsable se présente et nous présente aussi la personne qui l'accompagne.

Conseil québécois d'agrément (CQA)

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Alors, c'est ça, vous fonctionnez...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui. Madame.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Alors, je suis Madeleine Rivard-Leduc et je suis présidente du Conseil québécois d'agrément. Et je suis accompagnée par M. Michel Fontaine, qui n'est pas le directeur de la Régie régionale de Québec, qui est notre directeur général et qui s'appelle aussi Michel Fontaine.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Très bien, madame, vous pouvez poursuivre.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Très bien. Nous voulons d'abord vous remercier de nous avoir invités à participer aux consultations particulières sur le projet de loi n° 113, le Conseil québécois d'agrément, ci-après désigné le Conseil, à ainsi l'occasion de faire connaître aux membres de la commission son avis sur les dispositions de ce projet de loi. Cet exercice est particulièrement important pour notre Conseil, puisque le sujet à l'ordre du jour porte sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, plus particulièrement sur la gestion des risques.

En effet, depuis le début de son existence, la sécurité des pratiques envers les usagers des services est une dimension sur laquelle notre Conseil a mis l'accent dans son intervention auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, la pertinence de la prise de parole du Conseil s'impose de façon évidente, puisque le projet de loi actuellement à l'étude introduit le principe de l'agrément obligatoire et que cette nouvelle pratique, si elle était accordée, aurait un impact majeur sur le fonctionnement du Conseil.

Le Conseil est un organisme privé sans but lucratif, créé par le réseau d'établissements et soutenu financièrement par eux et par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Son conseil d'administration est constitué de représentants, à parts égales, des ordres professionnels, des organismes représentant les intérêts

des usagers et des associations d'établissements. Le Conseil existe légalement depuis avril 1995, mais son origine remonte déjà à la fin des années quatre-vingt alors que c'est la Fédération des CLSC, à l'époque, qui souhaitait avoir un organisme accrédité.

Grâce au Conseil, les CLSC, les centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle, les CHSLD, les centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique, les centres jeunesse, les centres hospitaliers de moins de 50 lits, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, les CHSLD privés conventionnés et les coopératives de services à domicile ont accès à un programme d'agrément prenant en compte la nature des services qu'ils offrent et les caractéristiques des clientèles qu'ils servent. À ce jour, 63 démarches d'agrément ont été réalisées à l'intérieur d'établissements de toute mission, 36 de ceux-ci sont actuellement agréés. Dix-sept autres organismes sont actuellement en démarche depuis le début de l'automne 2002 et plus de trois établissements en sont à leur étape finale.

Nous offrons aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux un système d'agrément fidèle à la dynamique émanant du cadre législatif et réglementaire du Québec. Et le Conseil poursuit les deux objectifs suivants: 1° soutenir les établissements dans la réalisation de leur mission et dans le processus d'amélioration continue de la qualité de leur service et de leur organisation; 2° attester publiquement que les exigences de qualité telles qu'elles ont été circonscrites par le système d'agrément sont satisfaites.

Le système s'appuie sur les cinq principes suivants: d'abord, que les organisations sont responsables de la qualité de leur fonctionnement et des services offerts; deuxièmement, la qualité résulte d'une quête incessante, ce n'est pas un processus qui s'arrête dans le temps; l'évaluation se révèle un instrument indispensable à l'amélioration de la qualité; la poursuite de la qualité requiert l'engagement de toutes les personnes impliquées dans l'organisation; et, cinquièmement, l'organisation responsable doit rendre compte de son fonctionnement et de ses services.

Considérant qu'on ne saurait apprécier la qualité d'une organisation et des services sans tenir compte de la perception qu'en ont ceux et celles qu'ils touchent d'une manière ou d'une autre, le Conseil retient les trois angles d'observation suivants: la qualité voulue par les orientations de l'établissement, la qualité rendue par les dispensateurs de services, et la qualité perçue par les usagers et par la population en général.

En résumé, le concept de qualité sur lequel repose le système du Conseil tient compte des trois aspects suivants: la satisfaction des besoins de la clientèle, à laquelle il accorde la priorité, la mobilisation du personnel, et l'utilisation efficiente des ressources.

Conformément à cette définition de la qualité, un cadre normatif constitue le cœur du système d'agrément en ce qu'il circonscrit d'abord ce qui sera évalué et les normes utilisées pour étayer la certification. On sait d'abord que le Conseil s'intéresse à la satisfaction des besoins de la clientèle mais également à la mobilisation du personnel et à l'efficacité des services. Il fournit donc aux organisations un référentiel qui leur permet de

cerner, d'évaluer et d'améliorer la qualité de leurs services en tenant compte de ces trois préoccupations. Ainsi l'organisation est évaluée sous l'angle des résultats qu'elle obtient, des processus auxquels elle recourt pour obtenir les résultats et de sa capacité d'amélioration selon les normes établies par le Conseil.

Alors, c'était la présentation de notre organisme un peu pour établir notre légitimité et nous prononcer sur le projet de loi n° 113.

Outre le principe de l'agrément obligatoire qui modifie l'article 107 de la loi, et qui sera commenté plus amplement ci-dessous, le Conseil retient trois éléments majeurs qui composent le projet de loi, savoir: la sécurité des usagers, la déclaration obligatoire des accidents et incidents et la divulgation de toute l'information nécessaire à l'utilisateur, et, finalement, la gestion des risques.

D'entrée de jeu, le Conseil affirme être en accord avec ces dispositions, avec toutes les dispositions qui sont proposées par le projet de loi. Nous considérons en effet que, dans un réseau de services qui place l'utilisateur au centre du système, tout ce qui peut être fait pour améliorer la sécurité des personnes ainsi que pour assurer une information complète et transparente à l'utilisateur des services, ceci doit être accueilli avec empressement et encouragé fortement dans son application. Il s'agit en somme de stimuler l'émergence de valeurs fondamentales, telles la franchise, la pleine imputabilité professionnelle ainsi que la confiance dans le bon jugement des usagers. Il devrait alors se développer, il faut l'espérer, une culture de prévention des erreurs dans le réseau de la santé et des services sociaux en plus d'assurer un rapport de collaboration équitable et harmonieux entre les dispensateurs de services, c'est-à-dire l'établissement et son personnel, et ceux qui les reçoivent.

● (20 h 10) ●

Relativement à la sécurité des usagers telle que préconisée par les articles 1, 3, 5, 11 et 13 du projet de loi, le Conseil appuie cette position. D'ailleurs, l'ensemble des ordres professionnels québécois présents dans le réseau de la santé et des services sociaux sont partie intégrante de son assemblée générale et composent une bonne part, comme nous l'avons déjà souligné précédemment, de son conseil d'administration. Or, le mandat premier de ces ordres professionnels vise la protection du public. De plus, le cadre normatif du système d'agrément du Conseil a toujours fait une large place à la sécurité dans l'évaluation des opérations des établissements du réseau, au même titre que la confidentialité et la continuité des services. Lors des visites des évaluateurs du Conseil, c'est un aspect qui est examiné avec beaucoup de rigueur et qui, lorsque la situation l'exige, fait toujours l'objet de recommandations fermes adressées à l'endroit des établissements visités. Dans certains cas, même, la correction, dans un échéancier précis, de situations potentiellement préjudiciables à la sécurité des usagers peut devenir la condition sine qua non au maintien ou à l'obtention de l'agrément.

Et c'est dans ce sens que le Conseil appuie fortement la nouvelle obligation légale, non équivoque, de l'article 183.2 qui rend chaque établissement responsable de la sécurité des usagers et de réduire

l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services. Il faut comprendre en effet qu'une telle pièce législative aura pour effet d'assurer la protection de l'utilisateur, peu importe où celui-ci adressera une demande de services dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'application de cette mesure universelle pourra être vérifiée à l'intérieur d'une démarche d'agrément, puisque le cadre normatif du Conseil, par exemple, procède systématiquement à l'examen de toutes les obligations légales et réglementaires que doit respecter un établissement en fonction de sa mission.

Nous apprécions également que le projet de loi modifie l'article 172, paragraphe 1^{er}, de la loi actuelle de façon à mettre en lien la qualité des services et la sécurité des usagers. De même en est-il pour les modifications qui seront apportées au paragraphe 1^{er} du deuxième alinéa de l'article 340 et au paragraphe 6 de l'article 341, modifications qui identifient précisément l'obligation d'assurer aux usagers la prestation sécuritaire des services.

Relativement à la déclaration obligatoire des accidents et des incidents et à la divulgation de toute l'information nécessaire à l'utilisateur telles que préconisées par les articles 2 et 9, le Conseil appuie également cette position. Celle-ci s'accorde avec son cadre normatif qui donne la parole aux usagers par voie de sondage dès le début d'une démarche d'agrément dans un établissement. Écouter le point de vue de l'utilisateur est en effet une approche moderne pour assurer l'amélioration de la qualité des services, et l'opinion de l'utilisateur ne peut que s'enrichir d'une information plus complète qu'il n'aura pas à rechercher ou à réclamer.

En tant que dispensateurs de services et détenteurs d'une expertise professionnelle, il est normal et même impératif que l'établissement ainsi que ses intervenants professionnels soient proactifs dans la divulgation des renseignements liés à des incidents ou accidents pouvant affecter la sécurité et la bonne santé des usagers. Le Conseil est bien conscient cependant que le projet de loi propose des principes généraux, qui n'auront pas pour effet de créer spontanément la situation que nous décrivons. Il faudra sans doute beaucoup de vigilance et de volonté pour que l'ensemble des professionnels des établissements et des établissements adhèrent sans réticence à une nouvelle culture d'admission des accidents et incidents.

L'implantation d'une telle culture répond à certaines des finalités clientèles, des indicateurs que le Conseil évalue par voie de sondage, soit la fiabilité des services, mais également, et par extension, le respect, la responsabilisation et l'apaisement de l'utilisateur. De plus, un établissement et son personnel qui admet l'erreur et reconnaît ses conséquences possibles fait preuve d'un sens élevé d'empathie avec l'utilisateur. Dans un domaine où la relation d'aide et thérapeutique repose en majeure partie sur la confiance et la collaboration entre le personnel soignant et la personne soignée, la déclaration obligatoire et la divulgation d'information deviennent des attitudes incontournables.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, en conclusion. Il reste à peu près deux minutes, madame.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): D'accord, oui. Nous allons simplement vous parler, en conclusion, de l'obligation d'agrément qui est contenue dans l'article... lequel, tu dis?

M. Fontaine (Michel): 107.1.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): O.K. Dans 107.1. Alors, le Conseil recommande que le ministère et les régies régionales favorisent et soutiennent le déroulement des démarches qualité dans les établissements. Ceci... Bon. Alors, c'est ça. Nous approuvons bien sûr... On ne peut pas être contre l'agrément obligatoire même si on se rend compte que, tant pour le Conseil que pour les établissements, ça aura des conséquences très importantes. À l'heure actuelle, la démarche est un moyen... c'est une démarche libre et entièrement... qui n'est pas obligatoire du tout, sauf pour ceux qui recherchent un statut d'institut universitaire pour les établissements. Alors, c'est d'abord une démarche d'autoévaluation par laquelle l'établissement est appelé à jeter un regard critique sur ses manières de faire et ses résultats.

Alors, dans l'optique où l'agrément se présente comme un processus de validation par un organisme externe, une démarche d'amélioration continue de la qualité, nous nous prononçons en faveur du caractère obligatoire d'une telle procédure. On estime que le temps est venu de faire en sorte que toutes les conditions objectives permettant l'implantation d'une démarche effective d'amélioration continue de la qualité soient implantées, en prenant pour acquis que la qualité et la prestation sécuritaire des services sont des concepts intimement liés, comme le préconise le projet de loi.

En somme, ce que... Le Conseil, ce qui nous tient à cœur, c'est qu'il y ait dans tous les établissements l'obligation d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. L'agrément est là pour sanctionner cette démarche. Et ça, bien, il faut reconnaître qu'il y aura un impact financier tant pour les établissements que pour le Conseil, alors il faudra qu'il y ait quelque chose qui vienne supporter ça. Parce que, dans le moment, on fait à peu près 50 agréments par année, c'est une... On n'est même pas rendu là, mais on est capable d'en faire 50 par année. Mais, si les 300 quelques établissements du réseau se présentent à un agrément, c'est un autre...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, le temps est malheureusement dépassé. Alors nous allons passer immédiatement à la période d'échange, madame. Je cède immédiatement la parole à M. le ministre délégué.

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Mme la Présidente. Merci, Mme Leduc, merci M. Fontaine. Merci de votre présence et de votre contribution à nos travaux. Dans un premier temps, je constate qu'on s'entend sur pas mal de choses, là, qu'il s'agisse de sécurité des usagers, de déclaration obligatoire, divulgation des informations pertinentes, ou la gestion des risques, l'agrément, que vous dites obligatoire, si je comprends bien, du réseau.

Par ailleurs, vous exprimez certaines craintes, par exemple, que la communication des résultats de

l'agrément, soit au ministère ou aux régies régionales, finalement, joue un rôle inhibitif pour l'établissement, décourage une initiative locale dans ce sens-là. Au fond, je comprends qu'on est devant un arbitrage, tu sais: on porte à la connaissance d'instances supérieures pour permettre finalement qu'en réseau, peut-être, on s'organise mieux, on réussisse à avoir plus d'impact en termes de réduction de situations de risque. Mais, en même temps, vous dites: Oui, mais ça peut être inhibitif pour des organisations de s'engager dans une telle démarche, c'est bien ça?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Mme Leduc-Rivard.

M. Bertrand (Portneuf): Où est l'équilibre?

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): D'accord. Quand le Conseil d'agrément a pris connaissance de cette partie-là du projet de loi, on trouvait que... D'abord, dans la situation actuelle, le rapport d'agrément, il appartient à l'établissement. On sanctionne leur démarche, on accorde ou pas l'agrément. Et puis, en général, quand ils obtiennent l'agrément, ils sont très heureux d'en parler, il y a des banderoles devant les édifices, etc. Quand ils ne l'obtiennent pas, c'est une autre paire de manches. Et puis on considère quand même que... On n'a pas objection à ce que les résultats globaux soient transmis à qui de droit, mais tous les détails, c'est peut-être ça qui serait inhibitif. Les gens font une autoévaluation, essaient d'identifier les problèmes qu'ils ont et les moyens de les corriger. Et ce n'est peut-être pas... On ne considère pas que c'est positif de, tu sais, divulguer à tout le monde, là, le rapport d'autoévaluation, par exemple. Alors, c'est dans le sens que ça pourrait peut-être amener des gens à dissimuler des choses.

• (20 h 20) •

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Mais, si vous étiez le ministre ou la ministre, vous feriez quoi? C'est quoi, le meilleur choix dans les circonstances?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Mme Leduc-Rivard.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Dans les circonstances... Oui, je pense que, dans les circonstances, c'est de supporter la démarche qui se fait, vous savez, c'est une démarche très sérieuse qui se fait dans les établissements, puis de les laisser responsables de ça. S'il y a des choses vraiment qui se passent et qui sont très, très croches, là, ce n'est peut-être pas par l'agrément que ça devrait aller à la connaissance du ministère. Il y a d'autres mécanismes que ça, tu sais: il y a les commissaires aux plaintes, il y a tout ça.

M. Bertrand (Portneuf): O.K. Je comprends.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Un instant. M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Excusez, Mme la Présidente.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Bien, oui, on ne demande pas la parole trop souvent.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): C'est parce qu'il faut parler chacun son tour ici pour aider les gens qui transcrivent nos propos.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Oui, je comprends.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): O.K. Je comprends. Donc, O.K., je comprends la logique quand vous dites: L'agrément, oui, même que vous allez jusqu'à suggérer que, dans un horizon de trois ans, chaque établissement ait procédé à l'exercice, mais, en termes de divulgation des données ressortant de cet exercice-là, vous dites: Il faut faire attention. O.K. Je comprends.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Je voudrais juste faire une correction. On ne suggère pas que l'exercice a été fait dans tous les établissements dans un horizon de trois ans. On suggère plutôt qu'on donne au moins trois ans aux établissements avant de commencer la démarche, parce que c'est une démarche très exigeante. Et, comme la culture n'est pas implantée, et il y a des établissements qui ont des difficultés, il y a des fusions, il y a des réorganisations, nous, ce qu'on dit c'est qu'il devrait y avoir une période, à partir du moment où la loi est adoptée, pour annoncer aux établissements: Vous avez au moins trois ans où vous pouvez vous préparer.

Parce que, pour reprendre un peu ce que disait Mme Rivard, il est certain que l'autoévaluation est un exercice tellement intense, c'est tellement difficile pour un établissement, qu'il faut que ce soit préparé d'avance. Et l'exercice a du sens seulement si l'établissement sent qu'il peut le faire avec toute la transparence voulue à l'interne mais ne tient pas à s'exposer dans ses moindres détails à des juges qui, finalement, ne regarderont peut-être pas le résultat final mais vont regarder chacun des détails. Donc, c'est pour ça que dans notre mémoire on précise que l'agrément est un engagement envers la population et l'utilisateur, mais ce n'est pas la reddition de comptes envers un ministère. Ce qui est assez différent. Et c'est pour ça d'ailleurs qu'actuellement la démarche d'agrément est une démarche volontaire.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Oui, je comprends. Juste une petite parenthèse. Beaucoup de... La plupart des organismes nous disent... ou des représentants d'établissements nous disent: Il faudrait... c'est bien beau l'agrément puis une démarche semblable, mais il va

fallait nous aider sur le plan financier. O.K. Bon. J'ai plutôt tendance à penser... Tout en étant toujours bien sympathique et ouvert aux nombreuses demandes d'argent additionnel, là, je me dis: Est-ce que ce n'est pas en soi une démarche qui se justifie, indépendamment, je veux dire, d'une condition d'avoir de l'argent pour le faire ou pas? Est-ce qu'une organisation ne tire pas de grands avantages et de grands bénéfices en soi à faire l'exercice?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme Leduc-Rivard.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Oui. Tout à fait. D'ailleurs, ceux qui ont déjà obtenu l'agrément y reviennent avec enthousiasme. C'est ceux qui ne se sont pas lancés encore qui sont plus réticents. Parce que c'est certain qu'il y a des grands bénéfices sur le plan de l'amélioration du climat organisationnel, sur l'inventaire des forces et faiblesses d'un établissement. La prise en main, en fait, de ses services et des résultats de ceux-ci, il y a énormément d'avantages qui... C'est sûr que... Et puis le coût de l'agrément à côté de ça, c'est peu de chose financièrement pour les établissements, monétairement, là, j'entends. Ce qui est le plus onéreux pour eux, je pense que c'est l'engagement du personnel qui doit être consacré à ça. Comme on voit, par exemple, c'est un cadre supérieur souvent ou un cadre qui est chargé de la démarche, de toute la coordination. Alors, c'est une personne qui est comme libérée pendant peut-être un an pour mener à bien tout le processus. Alors, c'est ça qui est le plus lourd pour les établissements. Parce que ce n'est pas le paiement de la visite des évaluateurs ou tout ça, ça, franchement, à côté des budgets des établissements, là, 30 000 \$, c'est le maximum qu'on demande. Ce n'est pas...

M. Bertrand (Portneuf): On joue dans la petite caisse à ce moment-là.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Hein? On joue dans la petite caisse, ah! oui, oui, oui. Mais l'octroi de personnel, le temps, ça, ça peut être très onéreux.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Je voudrais juste préciser que, 25 ou 30 000 \$, on a l'impression que c'est la petite caisse, mais, pour certains établissements, c'est la différence entre l'équilibre budgétaire ou un déficit. Et l'établissement est toujours un peu pressé par évidemment la demande de services qui arrive à ses portes, et va toujours privilégier le service au client. Ce qui fait que la démarche d'agrément en soi... Tout établissement devrait avoir une démarche d'amélioration continue de la qualité, mais il n'est pas toujours en mesure de l'approvisionner financièrement pour la faire démarrer au moment où il veut le faire. Et c'est pour ça que, probablement, vous allez avoir... Si l'agrément obligatoire était adopté, vous allez probablement avoir, de la part de l'ensemble des établissements, et c'est tout à fait pensable que ça arrive, une demande pour les supporter financièrement dans ça.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Oui. Peut-être une dernière question. Moi, j'ai cru comprendre qu'une partie de votre présentation contient le message suivant. C'est beau ces démarches-là pour, je dirais, mieux gérer les risques, mais vous le présentez comme étant inclus à l'intérieur d'une démarche qualité. O.K. Notre choix, c'est plutôt — sans en faire des mondes à part — de mettre en relief, je dirais, des conditions, et par des mécanismes aussi inverses des établissements, permettant, croyons-nous, d'améliorer de façon notable la gestion du risque, dans l'intérêt bien sûr, d'abord et avant tout, des personnes qu'on a le devoir de servir. Vous ne pensez pas qu'en faisant défaut de mettre ça en exergue, d'une certaine façon, on risque d'avoir pas mal moins d'impact sur la gestion de ces choses-là que si on en fait quelque chose dans un grand tout.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): La gestion des risques, c'est une partie importante d'une démarche de qualité. En fait, une démarche de qualité, ça traverse l'ensemble d'un établissement. C'est de se préoccuper de tous les processus organisationnels pour faire en sorte qu'on puisse donner aux clients une valeur ajoutée à tout ce qu'on fait. Autrement dit, quand il n'y a pas de valeur ajoutée à la clientèle, on doit changer les processus. C'est le client qui est déterminant dans un établissement de santé et de services sociaux.

La gestion des risques, ça doit travailler, à notre sens, exactement comme une démarche d'autoévaluation. On fait participer le personnel. On examine l'ensemble des processus d'établissement. On établit un inventaire de tout ce qui peut constituer des incidents ou accidents et on tente de trouver des façons que ça ne se répète pas. Et, dans une démarche de qualité, on procède exactement de cette façon-là: on regarde l'ensemble de notre fonctionnement et on tente... Ce qui est important dans une démarche de qualité, ce n'est pas tellement de faire le diagnostic, c'est de trouver le traitement, autrement dit, de faire un plan d'amélioration pour améliorer la situation.

Et la gestion des risques, elle doit être mise en évidence — ça, on en convient — de la même façon qu'on doit mettre en évidence la sécurité du personnel, par exemple, santé et sécurité, de la même façon qu'on doit mettre en évidence la rapidité et la fiabilité des services. Mais ce sont, à notre avis, des morceaux d'un ensemble qu'on appelle une démarche d'amélioration continue de la qualité, et un établissement devrait avoir ça à l'esprit continuellement et toujours tenter de l'améliorer. C'est pour ça qu'on appelle ça une démarche continue d'amélioration de la qualité. Et la gestion des risques prend un sens quand justement on peut la rattacher au client, et non pas quand on en fait un dossier qui est traité par une partie de l'établissement. Tout le monde doit s'en préoccuper, et on doit solliciter la participation de tout le monde dans ça.

En clair, ce que ça veut dire, c'est exactement comme quand on fait une démarche d'agrément. On fait

de l'autoévaluation. On met sur pied des équipes multidisciplinaires qui examinent le fonctionnement de chacun des services. La gestion des risques devrait se traiter de la même façon à l'année longue et avec une centralisation, une coordination qui fait que ce dossier-là va être suivi du début à la fin et va donner des résultats.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, ça va? M. le député de Maskinongé.

● (20 h 30) ●

M. Désilets: Merci, Mme la Présidente. Si j'ai bien compris, si j'ai bien lu ce que vous nous avez laissé sous-entendre, que vous nous dites même sans laisser rien entendre, vous l'écrivez: l'agrément, il y a des craintes. Vous dites qu'il y a des craintes à ce que, si on le fait d'une façon, là, trop... dans le sens que les résultats d'un établissement se produisent, si on est obligé de les donner, là, à la Régie, puis ainsi de suite, ça monte, vous risquez que... ça risque d'avoir un éteignoir plutôt que ce soit positif pour l'établissement. Est-ce que j'ai compris?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Mme Leduc-Rivard.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Oui...

M. Désilets: Oui, c'est ça, jusqu'à présent. Est-ce que ça veut dire que les trois premières années, comme vous dites, on laisse aller l'établissement avec son agrément, avec son... complètement autonome là-dessus dans son évaluation, qu'il se l'approprie? Vous dites: Après trois ans, là, on pourrait aller à la Régie. C'est-u parce que les gens sont plus habitués?

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Non, non.

M. Désilets: Non? Pas plus?

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Non.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Fontaine.

M. Désilets: Alors...

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Oui, peut-être M. Fontaine peut répondre.

M. Fontaine (Michel): Oui. En fait, on est d'accord pour que les résultats soient communiqués. Les résultats, ça veut dire: on obtient ou non l'agrément, comme établissement X, et il y a des recommandations qui accompagnent, par exemple, l'octroi de l'agrément. Il peut y avoir un certain nombre de recommandations faites par le conseil à l'établissement. Ça, on est d'accord pour que cette partie-là soit connue. Ça va de soi. Si l'agrément est obligatoire, on pense que le ministère comme les régies régionales doivent être informés des résultats.

Cependant, là où on a des réticences sérieuses, c'est sur le contenu de l'autoévaluation. Parce que, quand un établissement fait une démarche d'agrément, il constitue un dossier assez volumineux où il examine

dans les moindres détails ses processus et ses résultats. Et dans ça, nous, ce qu'on dit, c'est que si on veut que l'établissement et ses membres fassent une autoévaluation profonde, sérieuse, honnête et authentique, il ne faut pas que tout ce qui est dit sous le couvert, justement, de la transparence devienne quelque chose qui va jouer contre l'établissement et qu'on va se mettre, finalement, à regarder morceau par morceau le dossier et à gêner les gens qui ont travaillé là-dessus. Et le plan d'amélioration, c'est la même chose, c'est des documents de détails qui, à notre sens, appartiennent à l'établissement. Mais ça, on pense que ce n'est pas nécessaire de donner l'ensemble de cette information-là aux régies régionales ou au ministère.

La question du trois ans, en fait, ce qu'on dit, c'est qu'on doit donner jusqu'à trois ans aux établissements pour commencer une démarche d'agrément mais ils pourraient la commencer demain matin. Ils pourraient la commencer au moment où ils se sentent prêts à la commencer. Mais on pense que beaucoup d'établissements, au moment où on se parle, auraient des difficultés à enclencher ça rapidement et ne pourraient pas rencontrer les prescriptions de la loi, et à ce moment-là, ils seraient déjà, en partant, en situation de déficit par rapport à leurs obligations.

M. Désilets: Oui. Juste...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme Leduc-Rivard, je pense que vous vouliez ajouter quelque chose. Et ça va être terminé, M. le député de Maskinongé.

M. Désilets: Ha, ha, ha!

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Non, non, c'était en réponse...

M. Désilets: Pour vous donner la chance de répondre. Excusez-moi.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Non, non, un instant, là, s'il vous plaît. Mme Leduc-Rivard, c'est à vous la parole.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): C'est parce que mon micro n'est pas ouvert, là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, oui, ça ouvre...

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): O.K. Bon. Aussi parce que le Conseil ne veut pas... est en conflit d'intérêts, si on devenait le bras du ministère, dans un sens, directement, qui est là pour pousser les établissements dans le droit chemin. Alors, c'est pour ça qu'il faut quand même qu'il reste un côté, pour les établissements, qui soit incitatif, et non pas qui les fasse craindre à tout moment que le ministère ou le législateur va venir s'ingérer dans leur processus.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, je vais donc céder la parole immédiatement au député de Châteauguay. M. le député.

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. Je vous salue et vous remercie de votre participation à nos travaux. Vous me permettez peut-être de faire un petit correctif sur l'élément de la petite caisse. J'ai noté d'abord que, dans votre document, le seul bout qui est encadré, c'est celui où vous mentionnez entre autres qu'il faudrait appuyer par des mesures financières les établissements pour leur agrément. Je dois rappeler que l'AHQ, les CLSC sont venus nous dire qu'il fallait aussi les accompagner pour le comité de gestion des risques.

La petite caisse, maintenant. Je parlais... Je n'irai pas trop loin, il y a beaucoup d'exemples que je pourrais prendre, mais je n'irai pas plus loin que l'exemple que je prenais cet après-midi, sur le CHSLD de Drummondville qui a reçu un agrément et qui en était tout fier lorsque je suis passé par là, qui me rappelait néanmoins qu'il y avait des bains thérapeutiques dans des boîtes de carton qui n'étaient pas installés parce qu'il n'y avait pas d'argent pour les installer. Là, je vous fais grâce de tout le reste. J'ai juste fait un lien avec l'agrément puis leur petite caisse à eux, tu sais? Mais il n'y en a pas, dans la petite caisse. Ça fait que c'est peut-être leur petite caisse, mais elle est vide, la petite caisse. Je n'ai pas besoin d'aller beaucoup plus loin. Je ne parlerai pas du rapport de la Commission des droits de la personne sur l'exploitation des personnes âgées, je ne voudrais pas qu'on tombe dans la partisanerie.

Cela étant dit, je voulais juste qu'on encadre comme il faut, comme vous l'avez fait, que, si on veut donner une mesure législative qui, par ailleurs, va rendre — et c'est l'objectif du projet de loi — va rendre une grande efficacité à chaque dollar-santé qu'on met dans le système, mais ça implique qu'il faut lui donner un petit coup de main et ça ne se fera pas tout seul. Alors, oui, il faut mettre des sous là-dedans, ce qui nous force évidemment, peut-être, à concentrer les ressources de l'État vers certaines missions prioritaires. Mais ça, c'est un autre débat.

Maintenant — on pourra en discuter plus tard — je voudrais revenir sur la question parce que, honnêtement... Il y a les CLSC qui partagent votre point de vue sur la divulgation — je fais exprès pour prendre ce mot-là — la divulgation des raisons qui soutiennent un refus d'agrément. Quand c'est autorisé, l'agrément, tant mieux. C'est le cas où plutôt il y a un refus que j'assimile, quant à moi, à un accident, c'est-à-dire j'assimile ça à une première réplique. Il y a un refus, c'est parce qu'il y a quelque chose qui cloche encore.

Alors, vous dites: Vous savez, une démarche d'agrément, c'est quelque chose qui est volontaire puis on embarque là-dedans... Ça ne l'est plus, volontaire. D'ailleurs, vous le saluez, vous êtes très contents que ce ne soit plus volontaire. Vous êtes contents que ce soit une obligation légale. Alors, ce n'est plus volontaire, c'est une obligation légale que les gens embarquent dans un processus qui améliore les façons de faire. Une interrogation constante.

Et essayez de me convaincre. Deux volets à cette question-là. Tentez de me convaincre pourquoi la culture dont vous parlez, dont tout le monde parle qu'il faut changer, une culture de divulgation qui ne doit pas entraîner le phénomène qu'on se sentirait blâmé, donc, on ne le ferait pas puis, tu sais, on le fait là, on embarque là-dedans, divulgation à l'égard des usagers,

on leur dit ce qui ne va pas. Quand c'est pour les établissements, peu importe le processus, vous dites: Il y a d'autres outils de reddition de comptes. Pourquoi on se pénaliserait, régie, ministère, population, pourquoi on se pénaliserait d'un outil d'information qui permet de savoir si, oui ou non, il y a une problématique? Parce qu'une fois qu'on la connaît, on risque d'agir dessus. Moi, je crois beaucoup à la transparence puis je crois beaucoup que, quand on ne sait pas quelque chose, il y a des maudites grosses chances qu'on ne s'en occupe jamais.

Alors, pourquoi c'est si grave la culture de blâme à l'égard des établissements, ça, ça ne marcherait pas? Ça, c'est correct pour les individus, les professionnels avec les citoyens-usagers, mais quand c'est l'établissement face au ministère, là, ça ne marchera pas; ce ne sera pas un agrément comme avant puis ce ne sera plus bon puis la démarche ne serait plus utile. Alors, essayez de me convaincre qu'on n'est pas capable d'inspirer une culture aux établissements aussi. C'est peut-être plus dur que pour les humains, mais peu importe.

Sinon, vous avez laissé entendre tantôt que peut-être que plutôt que de se limiter, comme le dit le projet de loi, à un oui ou à un non, ils l'ont obtenu, mais sans aller à l'ensemble des raisons, pourquoi ils ne l'ont pas obtenu, qu'il y aurait peut-être un peu d'information sommaire ou, en tout cas, vous faisiez une espèce de catégorisation de matières qu'on pourrait dévoiler, divulguer. Alors, deux volets, donc. Premier volet, essayez de me convaincre, s'il vous plaît, et, deuxièmement, sinon, dites-moi qu'est-ce qu'on pourrait donner de plus aux régies, au ministère autre que simplement ils ne l'ont pas obtenu?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Je ne sais pas si je vais arriver à vous convaincre. Je veux juste...

M. Fournier: On est là pour faire des tentatives.

M. Fontaine (Michel): C'est parce que je veux juste faire les différences. Quand un octroi d'agrément est donné, généralement il y a des recommandations qui accompagnent les faiblesses qu'on a notées dans l'établissement, et les recommandations, finalement, donnent le portrait des zones de faiblesse de l'établissement et des améliorations qui doivent être apportées. Alors, ça, on est d'accord que cette partie-là d'information soit donnée parce que ça donne exactement la couleur. On dit: L'établissement est agréé, mais il doit améliorer ça, ça et ça. Et, dans certains cas même, ça nous est arrivé au Conseil d'imposer ce qu'on appelle des recommandations contraignantes, c'est-à-dire que l'établissement doit faire la preuve, dans un an, un an et demi, qu'il a corrigé le problème. Sans ça, son agrément pourrait lui être retiré.

Là où on a des réticences encore une fois, c'est que, dans une autoévaluation, tout est écrit. Les équipes travaillent... Par exemple, on va prendre un CLSC. Il y a huit équipes de réalisation correspondant à chacun des services ou programmes. Les employés et les cadres qui

participent à cet exercice d'évaluation parlent à coeur ouvert, sortent l'ensemble des problèmes qui sont vécus et, des fois, des problèmes qui sont de nature interne, et non pas nécessairement des problèmes qui auront pour effet de pénaliser l'usager. On peut parler de processus de travail, on peut parler de relations au niveau du climat organisationnel. Et, dans un dossier comme celui-là, tout doit être écrit, parce que c'est comme ça que les évaluateurs du Conseil peuvent évaluer la capacité de l'établissement d'améliorer ses services. Parce qu'un établissement qui ne pourrait pas nous faire la preuve qu'il peut répondre aux six normes d'amélioration, il ne pourrait pas être agréé.

● (20 h 40) ●

Ce type de dossier là est un dossier qui a, si on veut, une certaine valeur explosive dans le sens où tout ce qui est dit là-dedans n'est pas de nature à être divulgué partout parce que les gens le font avec la certitude et la confiance que leur autoévaluation est pour les fins internes, et non pas pour divulgation. Et, dans tout processus où les gens sont appelés à s'examiner et à aller au fond des choses, ils doivent dire ce qui ne fonctionne pas et ce qui fonctionne. Et ce qui ne fonctionne pas et qui est d'intérêt pour l'usager et pour le ministère et la Régie régionale, c'est ce qui peut être corrigé par des recommandations ou par le plan d'amélioration.

Et c'est pour ça que, nous, on dit: La communication des résultats, il n'y a aucun problème en ce qui nous concerne. La communication de tout ce qui concerne le dossier, c'est un peu comme un dossier d'usager. Quand c'est fait, c'est fait sous le coup de la confiance et de l'assurance que, ayant été au fond des choses, ce ne sera pas utilisé pour jouer contre nous. Et ça, c'est humain. Dans n'importe lequel processus, quand on veut que les gens parlent à coeur ouvert, bien on doit leur donner un environnement qui va leur permettre de le faire. Et c'est juste ça qu'on veut préciser là.

La pleine imputabilité de l'établissement, nous sommes d'accord avec ça. Et c'est d'ailleurs là-dessus qu'on travaille; on y met beaucoup de coeur. Et un établissement qui ne serait pas en mesure de faire la démonstration qu'il a fait une autoévaluation valable et honnête, il ne serait pas agréé.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Je ne veux pas revenir sur le premier volet, je vais me consacrer au deuxième volet: Je comprends que vous avez fait une différence entre, oui ou non, ils l'ont obtenu, divulgation de leurs résultats, et tout donner le dossier. Entre les deux, il y a un monde. Est-ce qu'il n'y a pas lieu à une espèce de rapport exécutif traçant les grandes lignes sans entrer dans les problèmes interpersonnels entre un directeur puis une autre personne? Il y a des choses plus systémiques, il y a des choses qui peuvent éveiller, qui peuvent peut-être même être amenées comme solution pour d'autres établissements. Est-ce qu'il n'y a pas lieu, entre les deux, d'avoir une information qui découle quand même de l'étude qui a été faite, une espèce de résumé sommaire exécutif qui retrace les grandes lignes,

minimalement là, un moyen de ne pas nous pénaliser d'une information qui existe mais qui ne serait pas disponible?

Je pense aux pharmaciens qui sont venus là puis, eux autres, ils trouvaient que pour eux autres, ça les concernait. Il y avait comme une petite lumière qui aurait dû s'allumer là. Alors, il me semble que, lorsqu'il y a des constats qui sont faits qui intéressent d'autres parties, un résumé sommaire exécutif pourrait peut-être faire l'affaire.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme Leduc-Rivard.

Mme Leduc-Rivard (Madeleine): Oui. Bien, je pense que M. Fontaine a mentionné que, bon, une décision d'agrément globale, ça peut très bien être communiquée, accompagnée des recommandations qui vont, dans un certain sens, identifier certaines faiblesses dans cet établissement-là et ce sur quoi l'établissement a à travailler au cours des trois prochaines années.

Alors, ça, nous autres, je ne pense pas qu'on voit d'objections à ça là. C'est le dossier dans ses détails, dans ses... C'est comme il dit, un dossier d'usager est un très bon exemple. On n'aime pas que les assurances s'en emparent ou, tu sais...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Mais, là vous reprenez l'exemple du cas où il y a obtention de l'agrément conditionnel ou restreint.

Mme Leduc-Rivard (Madeleine): Oui.

M. Fournier: Moi, je vous parle du cas où il est refusé là, est-ce possible aussi?

Mme Leduc-Rivard (Madeleine): Bien, on va aussi donner des raisons...

M. Fournier: O.K.

Mme Leduc-Rivard (Madeleine): ...des raisons globales pourquoi c'est refusé, parce que, bon...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Il vous reste quelques minutes, M. le député, deux minutes, en fait, pour être précis.

M. Fournier: J'oserais vous poser une question sur les centres jeunesse. Cet après-midi, on a reçu une présentation des centres jeunesse qui viennent nous dire que, eux, ont beaucoup d'obligations légales de déclaration, de divulgation, je ne sais pas, mais une déclaration, tout au moins, et que le projet de loi leur pose des problèmes, notamment la notion de bien-être, là. Puis ils font affaires avec des clientèles qui sont moins volontaires que dans d'autres établissements, là. Mais, vous, qui faites de l'agrément pour ces centres-là, est-ce que vous êtes capables de nous dire si vous décelez, dans le projet de loi, une difficulté d'application pour les centres jeunesse par rapport aux autres? Est-ce

qu'il y a une distinction qui peut être faite entre les établissements?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Mme Leduc-Rivard.

Mme Rivard-Leduc (Madeleine): Oui. Notre projet de loi a été étudié par le Conseil où siège un représentant éminent de l'Association des centres jeunesse et il ne nous a fait aucune remarque à l'effet qu'il verrait une exception pour les centres jeunesse ici, que ça ne pouvait pas s'appliquer. C'est tout ce que je peux vous dire, là, mais...

M. Fournier: Ça fait une prise contre eux autres.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Châteauguay, ça va?

M. Fournier: Bien, j'ai-tu le temps pour...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Quelques secondes. Vous, M. Fontaine, vous voulez ajouter... Alors, ça va...

M. Fournier: Ah, M. Fontaine, prenez mes secondes, je vous les offre.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): On va vous laisser le temps.

M. Fontaine (Michel): Je veux juste préciser qu'à notre avis tout usager, où qu'il soit, où qu'il s'adresse dans le réseau, a droit aux mêmes droits, a droit aux mêmes prescriptions légales pour assurer sa sécurité. Alors, on ne pense pas qu'il y ait un seul établissement ou un seul groupe d'établissements qui devrait s'extraire de cette obligation-là.

M. Fournier: Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme la députée de Joliette.

Mme Lespérance: Bonjour. Je suis heureuse d'avoir entendu votre version, mais vous allez avoir besoin d'argumentation pour me convaincre. Parce que, autant vous donnez beaucoup de vertus à l'agrément, autant, moi, ce que j'ai vécu comme cadre dans l'établissement pendant au moins 15 ans, dans deux établissements, c'étaient des établissements qui subissaient — puis je pèse vraiment mes mots — subissaient l'agrément dans ces deux établissements là. Et nous autres, en tout cas, on n'avait pas les vertus que vous expliquez. D'année en année, on s'appauvissait, et ce que mes patrons me disaient: c'est un mal obligatoire. Puis ils disaient... moi, je disais: Si c'est un mal, pourquoi, à ce moment-là, on continue d'avoir la fameuse bannière — comme les bannières ISO — que le gouvernement a imposée? Donc, c'est une structure additionnelle. Puis, mon patron m'a dit une phrase que je me rappellerai toujours: Écoute, c'est un mal nécessaire, puis, si tu fais de la non-qualité, tu contrôles

ta non-qualité, ça ne te donne pas plus de personnel, ça ne te donne pas plus de monde pour travailler aux soins, mais c'est de la paperasse nécessaire qu'on a besoin pour se prouver qu'on est bon. Donc, j'aimerais ça vous entendre réagir par rapport à ça.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors...

Mme Lespérance: On ne peut pas tous avoir la même version, là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Écoutez. Je ne sais pas à quel patron vous avez parlé. Vous avez été 15 ans dans le réseau, moi, je l'ai été 26 ans. J'ai occupé à peu près toutes les fonctions. J'ai fait trois démarches d'agrément comme coordonnateur local, dont la dernière dans le plus gros hôpital du Québec. Et d'abord, une démarche d'agrément, c'est volontaire. Donc, le patron qui en souffre, il n'a rien qu'à arrêter de le faire. Mais s'il en souffre, c'est parce qu'il s'aperçoit que la démarche montre des situations de non-qualité et, sur ce simple fait-là, il devrait se convaincre de la répéter, sa démarche. Parce que la démarche d'agrément, premièrement, ce n'est pas de la paperasse. On écrit du papier, c'est évident, mais ça, vous savez très bien: même au gouvernement, du papier, il en circule.

Mais la démarche comme telle, c'est une démarche d'autoévaluation et l'établissement est obligé d'accrocher à ça un programme d'amélioration triennal. Donc, il n'y a pas un seul établissement qu'on connaît, nous, qui a fait une démarche d'agrément, qui n'est pas sorti gagnant de ça. Pourquoi il en est sorti gagnant? Parce que, quand il identifie ses faiblesses et qu'il corrige les anomalies, c'est le client qui en bénéficie, pas le directeur. Le directeur d'établissement, lui, ce n'est pas lui, notre client. Notre client, c'est l'établissement et l'usager. Donc, l'usager doit retirer des bénéfices d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Bon. C'est...

Mme Lespérance: Il faudrait continuer d'être volontaire.

M. Fontaine (Michel): Je vais penser à tout ça.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Je suis désolée, Mme la députée de Joliette. Malheureusement, le temps qui nous était dévolu est complètement terminé. Alors, M. Fontaine, Mme Leduc-Rivard, merci pour votre participation aux travaux de cette commission.

Et j'inviterais les représentants du Conseil canadien d'agrément des services de santé à bien vouloir prendre place immédiatement, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, messieurs, bonsoir, bienvenue à cette commission. Je vous demanderais bien sûr de vous présenter, de présenter la personne qui vous accompagne. Je vous

rappelle que vous avez 15 minutes pour nous présenter votre mémoire. Alors, je vous cède immédiatement la parole.

Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS)

M. Nixon (Murray): Merci beaucoup. Mesdames et monsieur, bonsoir. Je m'appelle Dr Murray Nixon et je travaille à Halifax en médecine familiale et gériatrique aussi. Je suis le prochain président élu du conseil d'administration de CCASS. Je m'intéresse à la qualité des services et la sécurité des usagers depuis longtemps. Je suis accompagné de M. Gilles Lanteigne, directeur général adjoint.

● (20 h 50) ●

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé, CCASS, est heureux de répondre à l'invitation de la commission des affaires sociales de commenter le projet de loi n° 113 et de partager son opinion et sa vision en ce qui concerne la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux. Le CCASS est généralement satisfait des dispositions et modifications prévues par le projet de loi n° 113. Nous demeurons confiants que les orientations que nous avons prises à l'intérêt de la sécurité aux patients sont celles qui feront mieux progresser la qualité et la sécurité des soins et des services de santé. Nous avons, en annexe, un document: *La CCASS et la sécurité des patients*, qui présente de façon détaillée le lien étroit entre le programme de la CCASS et la sécurité des patients.

Le CCASS est une organisation indépendante non gouvernementale, volontaire et sans but lucratif en étroite collaboration avec le milieu de la santé et elle arbore des normes d'excellence et offre aux organisations de santé de toutes catégories un programme d'agrément structuré et rigoureux. En participant à ce programme, les organisations de santé et les systèmes de soins de santé peuvent évaluer les soins et les services qu'ils offrent à leurs clients.

Parmi ces organisations qu'on a agréées, le CCASS compte 885 organisations indépendantes et 115 organisations régionales de santé situées sur plus de 2 000 sites différents. Au Québec, il y a 87 organisations agréées représentées dans le secteur de soins de courte durée, de longue durée, de réadaptation, de soins à domicile et bien d'autres. La liste est aussi en annexe.

La mission de la CCASS consiste à promouvoir l'excellence dans la prestation des soins de santé de qualité et encourager l'utilisation efficiente des ressources dans les organisations de santé. Son objectif ultime consiste à encourager les organisations à implanter un programme d'amélioration continue de la qualité intégrée et coordonnée en mettant à leur disposition une démarche structurée qui facilite la propagation d'une culture de qualité à l'échelle de l'établissement.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui. M. Lanteigne.

M. Lanteigne (Gilles): Bonjour. Bonsoir. Voici nos réflexions sur les amendements proposés à la loi.

Tout d'abord en matière de sécurité, nous sommes d'avis que la qualité des soins ne peut être optimale à moins que ceux-ci soient sécuritaires. Depuis sa création en 1958, le Conseil canadien a introduit des normes visant la prestation sécuritaire des services de santé. Une première génération de normes reflétait les éléments structurels des divers départements. Elle portait notamment sur les structures physiques de construction à l'épreuve du feu, des exercices de sauvetage, des vérifications des liquides et des gaz inflammables, des sources d'électricité de secours, la gestion des infections et, finalement, la gestion des radiations.

En l'an 2002, le programme MIRE: mesures implantées du renouveau de l'évaluation, maintient et renforce l'importance de la sécurité. Les normes sont devenues de plus en plus orientées vers les processus et les résultats liés au soins des patients. Elles portent sur l'utilisation sécuritaire des médicaments, la communication, le soutien de la direction et du conseil d'administration, l'orientation sur la sécurité, la préparation aux sinistres et aux situations d'urgence, la prévention des infections, la responsabilisation des patients, le consentement éclairé ou encore la communication d'informations précises complètes et claires. MIRE permet aussi de déceler et de prévenir les problèmes liés à la sécurité des patients et d'en tirer des leçons aux diverses étapes du processus. Par exemple, lors de l'auto-évaluation, il est possible d'identifier les aspects non sécuritaires dans les opérations. De même, lors de l'évaluation par les pairs, les visiteurs valident ces mêmes aspects non sécuritaires et émettent des recommandations.

Une évaluation précise du niveau du rendement des équipes de soins quant à la sécurité des patients doit également se faire par l'utilisation et le suivi d'indicateurs. Lors du processus d'agrément, les équipes doivent choisir des indicateurs liés à la sécurité des patients et démontrer comment ils utilisent les données tirées des indicateurs pour améliorer la qualité des services. Le programme encourage les organisations à intégrer les pratiques de gestion des risques à leurs activités courantes. La gestion des risques doit porter non seulement sur la réduction des risques pour les patients et les intervenants mais, également, sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Nous considérons que les risques sont gérés si les trois éléments suivants sont présents: L'équipe au sein de l'organisme ou l'organisme dans son ensemble reconnaît, évalue et gère les risques; deuxièmement, les dirigeants de l'organisme appuient les équipes dans leurs efforts visant à déceler, évaluer et élaborer un processus de suivi, de gestion et de réduction des risques; et enfin, une évaluation de l'efficacité des mesures prises a été entreprise.

Plus de 39 normes et 83 critères du programme sont reliés à la prestation sécuritaire des soins. Plus de 1 000 recommandations touchant la sécurité des patients ont été émises en 2002 à la suite des visites d'agrément. Les organismes qui reçoivent ces recommandations sont mobilisés et sont tenus de les implanter. Nous souscrivons donc pleinement à assurer aux usagers la prestation sécuritaire des services de santé et services sociaux.

En matière d'information aux usagers, nous soutenons le besoin d'informer l'utilisateur le plus tôt

possible de tout accident ou incident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus. Pour cela, il faut être en mesure de pouvoir et vouloir rapporter les incidents indésirables, y compris les erreurs médicales. Les organisations de santé doivent créer une culture organisationnelle où chaque membre du personnel est encouragé à signaler les incidents indésirables. Il est important de prévenir les tendances au blâme, de promouvoir l'apprentissage des erreurs et des accidents et incidents et enfin d'apporter des changements nécessaires si l'on veut en réduire le nombre.

L'utilisateur doit être invité par l'équipe des soins et services à partager dès le début et tout au long de son épisode de soins. Cette participation de l'utilisateur permet une meilleure prise de décision non seulement concernant son traitement, mais également concernant l'amélioration des services. Nous pouvons informer l'utilisateur le plus tôt possible de tout incident indésirable. Pour informer l'utilisateur, il est indispensable que l'organisation dispose d'un bon système et d'une capacité de recueillir l'information sur les événements. Un bon système doit faciliter l'enquête de tous les incidents et les événements indésirables en temps opportun et favoriser l'implantation de changements pour éviter que ces mêmes situations ne se reproduisent.

En matière d'agrément, nous convenons que l'implantation efficace d'un processus d'agrément et d'une philosophie d'amélioration continue de la qualité débute par un leadership fort et approprié. Nous félicitons l'attitude du gouvernement d'influencer cette démarche, car il a été démontré dans plusieurs recherches que l'appropriation d'une démarche d'agrément et de sa philosophie d'amélioration continue de la qualité débute par un leadership fort mais avant tout approprié. Les décideurs doivent donc tenir compte que la très grande majorité des centres hospitaliers et un nombre important d'établissements de toutes catégories participent déjà au programme du CCASS sans y être obligés. Par exemple, au Québec, 87 organisations de petite et de grande tailles, incluant les grands hôpitaux québécois, y participent. Vous avez la liste en annexe du document.

● (21 heures) ●

La participation volontaire favorise une meilleure appropriation et favorise un meilleur climat de confiance et en particulier réside dans une plus grande participation à tous les niveaux, du conseil d'administration jusqu'au personnel de soutien. Cependant, plusieurs pays ont décidé de rendre l'agrément obligatoire. Dans ce contexte, l'obligation répond à des besoins spécifiques et est habituellement causée par l'absence d'une forte tradition d'adhésions volontaires à un programme national. Nous félicitons l'approche de la sollicitation qui permet aux établissements de choisir librement le moment opportun d'entreprendre la démarche et également de choisir l'organisation accréditeuse de leur choix. La solution favorisant l'adhésion à une démarche d'accréditation réside par la mise en place par le ministère de moyens incitatifs ainsi que des avis qui permettent aux organismes d'opérationnaliser leurs cibles d'amélioration. Nous jugeons fondamentale l'application d'un plan d'action tel que suggéré par la loi n° 113 favorisant l'actualisation des volontés ministérielles.

En matière de plan d'organisation, nous suggérons d'ajouter la mise en place d'une structure et des processus plus mobilisateurs qui assurent plus globalement la prestation sécuritaire des soins aux patients. Cette vision globale est précisée dans le programme d'agrément, où il est question d'intégrer et de coordonner la gestion de la qualité aux structures et processus de gestion des risques ainsi qu'à la gestion de l'information, des ressources humaines, de l'environnement, et du leadership, et du partenariat.

Il est donc sous-entendu que la gestion des risques doit être comprise dans une approche globale d'amélioration de la qualité de toutes les actions organisationnelles visant la prestation sécuritaire des soins et non seulement se limiter simplement à la gestion des risques. Une bonne gestion des risques relève d'une culture de qualité forte. Notre vision consiste à renforcer cette culture de qualité par le soutien qu'un programme d'agrément apporte aux organisations par la mise en place d'une gestion de la qualité structurée, intégrée et coordonnée, dont la gestion des risques est une composante majeure.

En matière de rapport d'activités, nous considérons que la transmission des données d'activités relatives à la gestion des risques est une mesure importante. Comme il a été déjà mentionné, nous soutenons l'intégration des activités et des rapports de gestion des risques à l'ensemble des activités de gestion et d'amélioration continue de la qualité. Notre vision est d'utiliser le plan d'action généré par le rapport des visiteurs externes avec le plan d'amélioration continue de la qualité provenant de l'autoévaluation des équipes de soins. Le but est de développer des stratégies d'amélioration, d'adopter et d'évaluer les changements et de soumettre un rapport qui démontrera au public, aux régions régionales et au ministère les activités entreprises pour assurer la qualité en général, la sécurité, ainsi que les résultats obtenus.

De ce fait, il est souhaitable d'intégrer le rapport d'activités de la gestion des risques au système d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. De même, pour optimiser la divulgation des rapports d'activités, il serait souhaitable que le rapport fasse partie de la stratégie de communication auprès de l'ensemble des partenaires.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, en conclusion, M. Nixon.

M. Nixon (Murray): Oui, merci. La prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux demeure une dimension essentielle de la qualité. Des actions fragmentées pour améliorer la prestation de sécurité de soins et services de santé ne favoriseront pas à long terme le renforcement d'une culture de qualité au Québec. Les plus récents rapports endossent l'importance d'une gestion efficace et efficiente de la qualité, où les pratiques de la sécurité liées aux patients sont une partie intégrantes. Il est donc impératif que les pratiques de sécurité liées aux patients demeurent intégrées et convergent vers la qualité des soins et des services aux usagers.

Dans le but d'améliorer de façon continue la qualité et la sécurité des soins de santé, il est

indispensable que les organisations créent une culture proactive, responsable et transparente. Non seulement les organisations doivent être aptes à révéler et prévenir les risques potentiels, ils doivent aussi devenir des organisations favorisant l'apprentissage. La capacité d'apprendre à partir d'incidents indésirables constitue une dynamique continue qui doit être incorporée à la culture et aux pratiques courantes des organisations. Le programme d'agrément du CCASS, grâce à ses normes et son processus d'agrément, est de créer cet environnement d'apprentissage qui supporte les organisations de santé dans leur recherche d'excellence dans les soins de qualité. Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, je vous remercie. Nous allons donc passer immédiatement à la période d'échange. M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Mme la Présidente. Merci, M. Nixon, merci également à M. Lanteigne pour votre contribution à nos travaux au nom du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.

Si je comprends bien, bon, dans un premier temps, vous êtes plutôt favorables ou, je dirais carrément, là, votre position, c'est que vous êtes pour la participation volontaire des organismes au programme d'agrément, pour les raisons que vous avez très bien expliquées.

Par ailleurs, il ne semble pas que la possibilité de transmettre des rapports d'activité aux instances comme les régies régionales ou le ministère vous fasse violence non plus, vous semblez à l'aise également avec cette approche. À cet égard, je pense qu'on n'avait pas tout à fait les mêmes messages de la part des personnes qui vous ont précédés. Vous n'avez pas peur que, par exemple, en permettant cette divulgation-là, ça puisse empêcher justement, surtout dans une démarche volontaire d'agrément, que ça puisse décourager les organisations à entrer dans un tel processus craignant que les autorités, disons, supérieures puissent en faire un usage inapproprié?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Lanteigne.

M. Lanteigne (Gilles): Vous soulevez un point stratégique et fondamental à toute la démarche et tout le débat qui entoure la participation volontaire ou non volontaire. Il y a un certain M. Daniel Lozeau qui l'a absolument bien résumé, qui est présenté dans une étude de cas approfondie. M. Lozeau vient de l'Université du Québec, et lui, le concept qu'il tend à promouvoir, là, c'est parler de leadership approprié, et c'est tout, là, je pense, la clé. Leadership approprié, ça veut dire que, quand les gens participent de façon transparente et ouverte et quand les gens ne s'approprient pas des résultats avec des intentions qui sont, disons, malveillantes, le climat de confiance s'instaure beaucoup mieux.

Depuis deux ans, nous, à l'intérieur même du rapport, on invite les organisations à publier et à faire connaître auprès de leurs instances ce qu'on appelle un rapport abrégé. Ce rapport abrégé va contenir plusieurs éléments. D'abord, il va contenir le progrès réalisé

depuis la dernière visite, si ce n'est pas quelqu'un de nouveau dans le programme. Il va également pouvoir mesurer et donner un compte rendu, parce qu'on mesure la qualité à partir de quatre dimensions qui sont l'approche centrée sur la clientèle, les compétences du milieu, la qualité de vie au travail et la réponse aux besoins, et ces éléments-là sont mesurés parce qu'ils sont rattachés directement à chacun des critères et des normes. Le rapport également, depuis cette année, contient l'ensemble des recommandations qui sont faites aux organisations.

Vous comprendrez quand même que nous sommes une organisation qui est financée entièrement et uniquement à partir des contributions volontaires des établissements. Donc, nos clients, ce sont les établissements qui contribuent à notre financement. Et à ce moment-là le rapport leur appartient, et on ne peut pas quand même obliger ces organisations-là à transmettre l'information qui leur appartient.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Très bien. Oui, une brève question et, après ça, je pense que mes collègues voulaient intervenir aussi. Dans votre conclusion, au fond, vous reprenez ce qui semble être un volet assez fondamental dans votre philosophie, vous dites: «Des actions fragmentées pour améliorer la prestation sécuritaire des soins et des services ne favoriseront pas à long terme le renforcement d'une culture qualité dans tous les organismes de santé. Il est donc impératif que les pratiques de sécurité liées aux patients demeurent intégrées et convergent vers la qualité des soins et des services aux usagers.»

Quand je lis cette conclusion-là, est-ce que vous êtes néanmoins en accord ou pas avec la formation d'un comité de gestion des risques au sein des établissements?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Lanteigne.

M. Lanteigne (Gilles): Oui. Ce qu'on propose, et peut-être que ce n'est pas ressorti de façon assez claire dans le document, mais on proposerait plutôt la création d'un comité d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques. À ce moment-là, je pense que ce serait innovateur parce que, malgré tout l'intérêt à travers le monde pour un tel programme d'agrément, peu en ont eu recours. Et on tente de morceler les deux, et les établissements qui ont véritablement compris l'outil de développement organisationnel puissant que peut être un programme d'accréditation ont intégré ces deux fonctions-là et pas dissocié, parce qu'une façon de prévenir et de gérer les risques inhérents aux activités courantes d'un établissement, c'est d'avoir un programme d'amélioration continue de la qualité. Puis ce n'est pas possible de les séparer quand les gens l'utilisent de la manière qu'ils sont conçus. On a fait l'arrimage des normes et des critères, et on vous a donné tantôt le nombre, je pense que c'est presque une quarantaine de normes et énormément de critères qui sont directement liés, là, les

uns aux autres. Donc, ce sera une façon, je pense, d'alimenter une approche qui est positive et aussi d'atteindre les objectifs visés.

• (21 h 10) •

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, merci.

M. Bertrand (Portneuf): Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Vachon.

M. Payne: Il reste combien de temps de notre côté?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Il reste une dizaine de minutes. C'est très généreux.

M. Payne: Oui. Parce que c'est à peu près la même discussion. Pour les fins de la discussion, je me mettrai dans la peau de ce qu'on appelle un client, un patient, et peut-être reprendre les remarques, hier, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, dans une discussion qui m'inquiétait beaucoup, qui m'inquiéterait beaucoup si j'étais patient ou client. Ils ont dit, et je le cite: «En quoi le droit du patient est concerné par les mesures prises pour prévenir la récurrence? De telles mesures ne concernent plus le patient mais visent spécifiquement les responsabilités du comité de gestion et le conseil d'administration de l'établissement en regard de sa clientèle.»

Si j'étais à côté d'un patient ou j'étais encore un patient moi-même, je sauterais, parce qu'il y a deux réalités. Moi, j'ai toujours cru, dans le meilleur des mondes, que le client se situe au milieu du paradigme de la santé. Donc tout ça passait à travers le client, ça le concernait, il était le centre de l'action et de l'intervention. La première réalité, donc, c'est une réalité de confiance dans le système, dans l'établissement de santé, dans l'acte qui est posé; ça le concerne.

Deuxième réalité: les services médicaux par la nature humaine. Moi, comme patient, je risque d'avoir les mêmes maladies, avec les mêmes symptômes, exigeant les mêmes interventions, souvent au même établissement, avec la même équipe, et, dans un avenir plus ou moins prévisible, j'aurai le même traumatisme. N'est-ce pas vrai, donc, que j'aurais tout intérêt, si j'avais le malheur de subir un incident, un accident, de savoir tout ce qui concernait la prévention d'un tel acte dans l'avenir, que ça m'a concerné directement ou pas?

Je voudrais que vous puissiez mettre «on the record» quelque chose de très clair, parce que ça occupait beaucoup de discussions hier, au sein de cette commission, et je pense que c'est au coeur du débat de l'heure, de la réforme et le virage au Québec et ailleurs.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Lanteigne.

M. Lanteigne (Gilles): Déjà, en 1995, le programme, au lieu de s'appeler MIRE, s'appelait: *L'approche centrée sur la clientèle*. Et, à cette époque, ce qu'on suggérait aux organisations qui mettaient en

place leur équipes qualité... D'abord, à ce moment-là, on a demandé qu'il fallait absolument qu'il y ait un programme coordonné et intégré de la gestion de la qualité, et on a suggéré aux équipes interdisciplinaires — parce que c'est des équipes interdisciplinaires, si on est pour revoir un peu les pratiques professionnelles et les interactions entre les intervenants — déjà on leur demandait d'inclure des clients sur chacune des équipes.

Je dois vous dire qu'à cette époque-là, pour avoir fait des visites puis peut-être aussi, là... Ça tombe bien, j'ai fait une visite depuis dimanche, dans un établissement du Québec, et je vois le progrès, là; c'est comme phénoménal parce que je suis tombé dans un établissement absolument formidable. Au départ, les gens avaient beaucoup de résistance à inclure des clients sur les équipes où on voit l'ensemble des processus de soins et de gestion, et maintenant c'est chose courante en santé mentale, en réadaptation, même en chirurgie, on réussit à avoir... en médecine, en soins à domicile. Il y a une progression.

Mais une culture, ça ne s'implante pas dans deux ans, dans trois ans; ça prend un certain temps, et vous avez absolument raison. Même que maintenant, dans les équipes de leadership, on voit le président ou la présidente des comités des usagers — dans certains établissements, je ne vous dirai pas que c'est la majorité, mais les établissements qui ont compris la puissance de cet outil-là — et finalement ça fait disparaître un peu, là, certaines des craintes pas autant de la part des usagers, mais c'est du niveau des professionnels, qui s'aperçoivent que finalement, là, les gens, mais coudon, ils sont tout à fait raisonnables quand on peut leur expliquer des choses, quand on peut les impliquer.

On a créé aussi avec MIRE ce qu'on appelle un groupe focus de clients. On les rencontre individuellement mais en groupe, puis, j'ai eu le plaisir d'animer cette rencontre-là, les gens étaient d'une reconnaissance de pouvoir s'asseoir autour de la table puis dire: L'établissement va nous écouter, ce qu'on dit. Bien oui. En tout cas, moi, je suis convaincu, c'est un peu ce que je vais faire puis, dans le rapport, je vais en parler, de vos suggestions puis vos recommandations. Donc, oui, le client doit être au centre de la démarche. Puis c'est large, ça, l'inclusion du client.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Vachon. Rapidement.

M. Payne: Très brièvement. Je vous remercie. Croyez-vous que ce qu'on préconise dans la loi aurait comme effet, auprès des omnipraticiens qui soulèvent des doutes quant à l'applicabilité de la démarche, ça aurait comme conséquence d'alourdir la tâche du système? Est-ce que ce serait pour compliquer et rendre plus inefficace quant à l'agir, la situation?

M. Lanteigne (Gilles): Je dois encore utiliser... C'est tellement...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Lanteigne.

M. Lanteigne (Gilles): Pardon! Ce n'est pas tellement poli, hein?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Non, ce n'est pas pour nous, monsieur, c'est pour la transcription.

M. Lanteigne (Gilles): Ah! O.K. On a rencontré une équipe qui s'appelait l'équipe d'urgence soins ambulatoires et médecine de jour, et à cette équipe-là, il y avait des intervenants, il y avait des médecins, c'est sûr qu'il y avait le chef de l'urgence, mais il y avait également un praticien, un omnipraticien d'une clinique privée qui a participé à l'équipe. Je ne vous dis pas que c'est facile puis je vous dis pas qu'il n'y a pas des compromis à faire, mais d'un autre côté, quand on réussit à l'implanter dans un climat de confiance et à inviter les gens autour de la table, les médecins se sont...

Puis je fais un parallèle avec les médecins, l'approche avec les médecins. Le dénominateur commun que, moi, je vois — et je ne sais pas si le Dr Nixon va collaborer là-dessus — le dénominateur commun qu'on constate dans les établissements, c'est que, les gens qui sont dans les organisations, si on veut les motiver à se centrer sur le client, ils sont parfaitement heureux. C'est peut-être pour ça qu'ils se retrouvent dans ces organisations-là. Moi, j'en suis convaincu.

M. Payne: Je vous remercie beaucoup.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Nixon, vous vouliez ajouter?

M. Nixon (Murray): Je suis d'accord. Le médecin participe de plus en plus dans l'équipe, maintenant, oui, le médecin omnipraticien aussi, et ils sont très occupés. Mais ils participent comme membre de l'équipe — oui? c'est ça — de plus en plus, maintenant. Ce n'est pas facile pour les médecins, parce qu'ils sont très occupés, mais je suis très satisfait avec la participation...

M. Payne: Merci beaucoup.

M. Nixon (Murray): O.K.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Merci. Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. Bienvenue et bien le bonsoir, merci d'être avec nous. Deux questions, essentiellement. La première, je vais citer un passage du projet de loi et un passage de votre mémoire et vous allez m'éclairer sur ce que je crois être en apparence d'une contradiction, mais probablement que j'ai mal compris.

Le projet de loi amène un nouvel article qui dira ceci: «Tout établissement doit solliciter l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'organismes d'accréditation reconnus.» Page 5 de votre mémoire: «La participation volontaire — je souligne "volontaire" — des organismes au programme d'agrément favorise une meilleure appropriation et assure un meilleur climat de confiance.» Et là vous poursuivez. Et je lis plus loin: «Le Conseil félicite l'approche de la sollicitation, qui permet aux organismes de choisir librement le moment opportun de la démarche et l'organisme accréditeur de leur choix.»

Si je ne m'abuse, le projet de loi ne fait plus de la sollicitation une démarche volontaire, en tout cas, et ça devient obligatoire. Est-ce que vous croyez que l'obligation de solliciter et de participer à une démarche d'agrément va miner le climat de confiance nécessaire que vous soulignez comme étant une vertu? Est-ce qu'il y a une contradiction entre votre souhait que les démarches soient volontaires, alors qu'elles deviennent, avec le projet de loi, une obligation légale? Remarquez bien que ce n'est pas l'accréditation, qui est l'obligation légale, c'est la sollicitation. Peut-être est-ce là une façon de relier les deux, mais je ne suis pas certain.

• (21 h 20) •

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Lanteigne.

M. Lanteigne (Gilles): En France, où on a aidé l'ANAS à implanter un système national pour les 3 500 hôpitaux français, ils ont décidé de rendre ça obligatoire et ont demandé aux établissements de s'inscrire, avec un certain délai. Et je pense que le délai a été extensionné parce que finalement ça s'est avéré assez compliqué.

Nous, ce qu'on dit, c'est qu'il faut considérer qu'il y a une longue tradition. Par contre, si on est en mesure, avec de la législation, d'y mettre un leadership positif et un climat de confiance et que les autorités ne s'approprient pas des éléments contenus dans un rapport pour frapper sur la tête des dirigeants et des conseils d'administration des établissements, c'est possible de maintenir le climat de confiance. Sauf que ce n'est pas un défi facile. Je ne sais pas si vous comprenez là...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui, je comprends. Vous m'amenez déjà à l'étape où il y a eu une conclusion de la démarche, qui peut être négative et... Mais je n'en suis pas là. J'en suis au début du processus, où vous nous dites que cette démarche-là, pour l'accréditation, pour l'agrément, cette démarche-là qui est elle-même positive, qui devient une valeur ajoutée pour l'établissement, cette démarche, si elle est volontaire, elle fonctionne. Et, si elle devient ou si elle est obligatoire, vous êtes plus craintifs. Le projet de loi la rend obligatoire. Je comprends que vous dites: Dans le fond, on peut vivre avec le projet de loi si tout le monde comprend que l'obligation qui est faite est une obligation positive, hein, qui ne vise pas à une reddition de comptes puis... Bon. Je comprends cela. Ce n'est pas ce que ça dit en ce moment.

Est-ce qu'il y a un moyen? Parce que vous ajoutez qu'il faut permettre aux organismes de choisir librement le moment opportun de la démarche. Et je pense que c'est le Conseil québécois, si je ne me trompe pas, qui tantôt parlait de donner un délai, là, aux organisations pour avoir le temps de se retourner puis le temps de devenir un peu plus volontaires dans la démarche, si on veut. Est-ce qu'il y aurait lieu de rapprocher l'obligation légale d'un caractère volontaire en donnant un délai aux établissements pour procéder à cette obligation de solliciter, pour garder le meilleur des deux mondes finalement? Il y a un leadership qui s'exerce, on dit: Vous allez devoir solliciter; on va vous

permettre de prendre un certain temps pour le faire, vous ne commencerez pas ça en janvier 2003; au cours des deux prochaines années — je ne le sais pas, on proposait trois, là — vous entreprendrez cette sollicitation-là. Est-ce que c'est cette mesure-là qui permet le mieux de protéger le caractère volontaire librement consenti, plutôt que de sentir une imposition, là? Est-ce que ce serait une façon de relier les deux?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Lanteigne.

M. Lanteigne (Gilles): C'est une façon. Et j'ajouterais peut-être, là-dessus: l'expérience nous démontre qu'une organisation motivée prend entre 12 et 18 mois à se préparer.

M. Fournier: Avant de solliciter... ou c'est sollicité par... Juste la démarche qui...

M. Lanteigne (Gilles): Non, non. À partir du moment où elle sollicite, la préparation prend de 12 à 18 mois.

M. Fournier: O.K. Oui. Ça va.

M. Lanteigne (Gilles): En même temps aussi, si les gens se voient un caractère obligatoire, il va falloir, je pense, les encourager, et il va falloir peut-être aussi leur reconnaître les efforts qui ont été faits où les gens... Si on encourage certains, il va falloir aussi encourager ceux que ça fait plusieurs années, dont certains depuis 1958, qui contribuent à ça et qui y croient.

Malheureusement encore, bien que plusieurs aient une approche volontaire, bien que nos programmes soient encore volontaires, je dois vous avouer que les études sur l'efficacité du programme du Conseil canadien démontrent qu'un établissement qui fait partie du programme depuis 15 ans réussit mieux, généralement, qu'une organisation que ça fait cinq ans, et qu'une organisation que ça fait 40 ans, elle réussit encore beaucoup mieux qu'une organisation que ça fait... Ça fait qu'il y a une démarche d'apprentissage et un changement de culture. Donc, oui, il faut aider puis il faut donner un temps raisonnable.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Je passe à une autre question, mais je conclus qu'il faut rechercher une obligation de volontariat.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Fournier: Ce n'est pas nécessairement si facile que ça à écrire.

Je retiens votre mémoire aux pages 3 et 4. Vous parlez de l'article 8, de l'obligation de divulgation aux usagers, suivant tout accident ou incident. Et vous mentionnez que cette divulgation d'accident et d'incident, là, c'est une bonne chose. Peut-être que vous ne vous y êtes pas arrêtés. Tous ceux qui sont venus devant nous jusqu'ici ont prétendu que la déclaration accident

et incident, ça va; la divulgation vers les usagers d'un accident, ça va; la divulgation d'un incident serait problématique dans la mesure où aucune conséquence n'a été subie et qu'elle pourrait amener des inquiétudes, et des inquiétudes, là, dont elle peut se passer, chez le patient. Est-ce que vous partagez le point de vue, je dirais, de tous ceux qui sont venus nous dire de changer le libellé du projet de loi pour que la divulgation ne s'intéresse qu'aux accidents et non pas aux incidents?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Lanteigne.

M. Lanteigne (Gilles): Vous savez, là-dessus, d'abord, on parle encore une fois de leadership approprié et d'encadrement. Et dans les études — j'imagine que vous en avez entendu parler — les études qui sont faites ailleurs, et les études qu'on va faire un peu ici, puis un peu les conclusions qu'on pense en dégager démontrent encore une fois que, si les gens ne se sentent pas trop menacés, ils vont peut-être réussir à apprendre. Pour le Conseil canadien, il n'y a pas vraiment de différence entre les deux, accident et incident, en autant que l'encadrement est propice à sécuriser suffisamment les professionnels et les organisations à ce qu'ils vont pouvoir s'approprier un petit peu, tranquillement, la démarche, et finalement, là, avec l'implantation d'une culture, je pense que les craintes vont se dissiper graduellement.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, c'est tout? Mme la députée de Joliette.

Mme Lespérance: Ça me fait plaisir d'avoir entendu une autre version qui est une version encore plus élargie au niveau canadien. Moi, j'aimerais quand même vous faire part de certaines de nos réalités québécoises puis, à la suite de ça, vous poser une question.

Quand on a des régions où ils ne sont même pas en mode survie, dans une région comme la mienne où on est à 80 millions d'inégalité par rapport à une autre région, où les gens sont en mode survie, où leurs besoins physiologiques de base ne sont même pas comblés en termes de besoins de services à la population, où le climat de travail est extrêmement difficile, où la plupart de nos établissements ont la bannière d'agrément, trouvez-vous que, d'imposer quelque chose comme c'est au niveau de la loi, ça va améliorer la qualité qui va être donnée dans ces établissements-là? Quand on pense que l'ensemble des citoyens se sont formé un groupe de pression, les gens tannés d'attendre, donc comment on peut penser qu'une mesure obligatoire va aider ces clients-là qui se sont formés un immense réseau, puis il y a des bannières partout, les gens tannés d'attendre?

Et ma deuxième question: Avez-vous fait des agréments, dans différentes régions, comme ça, et est-ce que vous allez aussi loin dans vos recommandations que pallier à ces besoins primaires là?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Lanteigne.

• (21 h 30) •

M. Lanteigne (Gilles): Pour avoir été dans des établissements au Québec pendant de nombreuses années et avoir dirigé des organisations dont certaines, je jugeais, un petit peu semblables à la situation que vous rapportez où finalement on avait quand même des difficultés, beaucoup de difficultés à rencontrer les besoins, c'était encore possible. Dans un des centres hospitaliers en région, on a décidé d'implanter le programme, et je dois de venir que la volonté venait des médecins. J'ai été un petit peu surpris quand, quelques mois après que je sois arrivé, un médecin arrive dans mon bureau puis il me dit: Gilles, je pense qu'on devrait tenter d'obtenir l'agrément. Puis, je vais vous dire, c'était à peu près la dernière chose que je voulais entendre cette fois-là parce que je ne voyais absolument pas ça... je voyais ça exactement un petit peu comme vous me le dites: une contrainte, là, phénoménale.

Puis en ayant regardé tout ça puis en ayant appris comment ça pouvait être un outil de développement organisationnel et de rétablissement de liens de confiance... les gens sont généralement réceptifs si on n'est pas sur la défensive par rapport à nos contraintes. Si on expose nos contraintes, on leur dit comment ensemble, là, malgré toutes ces contraintes-là, on est capables de mieux faire les choses, ça se décide. Je ne vous dis pas que c'est facile, par contre, mais rétablir des liens avec la communauté, identifier puis d'aller étudier ce sont quoi, les déterminants, comment la population locale est affectée par les déterminants de la santé, comment, à l'intérieur des établissements qu'on a dans le réseau, on est capables de travailler de façon intégrée et coordonnée, ça nécessite des efforts, ce n'est pas facile, mais je pense que c'est possible, puis il y a des gens qui ont réussi. Puis j'en ai vus encore cette semaine dans un établissement qui a réussi avec beaucoup de personnes en attente.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, c'est tout le temps dont nous disposons pour cette rencontre. Alors, Dr Nixon, M. Lanteigne, merci de votre participation aux travaux de cette commission.

Je vais suspendre quelques minutes, le temps de laisser les représentants du prochain groupe s'installer.

(Suspension de la séance à 21 h 32)

(Reprise à 21 h 34)

Le Président (M. Labbé): Alors, si vous permettez, mesdames, messieurs, nous sommes maintenant prêts à reprendre les travaux.

Alors, sans plus tarder, nous avons le plaisir de recevoir le Regroupement des programmes d'assurances du réseau de la santé et des services sociaux. Alors, je présume que c'est Mme Dionne qui va avoir le plaisir de débiter. Vous allez nous présenter votre collègue. Non? C'est Mme Dufresne?

Regroupement des programmes d'assurances du réseau de la santé et des services sociaux

Mme Dufresne (Martine): Martine.

Le Président (M. Labbé): Excellent. Alors, je viens de vous présenter toutes les deux.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): Alors, bienvenue, mesdames. Alors, on vous cède la parole, Mme Dufresne.

Mme Dufresne (Martine): Bonjour. Alors, je suis la directrice des programmes d'assurances du Regroupement, et je suis accompagnée de Mme Dionne. Nous allons vous présenter notre mémoire en alternance, question de faire un peu différent.

Alors, c'est avec plaisir qu'on a accepté votre invitation. Tout d'abord, je vais nous présenter un peu plus, parce que ce n'est pas évident.

Depuis 1986, l'Association des hôpitaux, par sa Direction des programmes d'assurances et de la gestion des risques, agit pour les assureurs à titre de gestionnaire des polices d'assurance qui protégeaient les hôpitaux et à titre de mandataire pour les hôpitaux, pour la gestion des réclamations. Depuis 1996, ce sont tous les établissements du réseau de la santé, d'où les sigles sur la première page de notre mémoire, et c'est la naissance du Regroupement des programmes d'assurances.

Nous ne procéderons pas par article mais plutôt par thème. Nous appuierons sur les points de vue pour nous, pour un gestionnaire d'assurances, qui sont les plus susceptibles de produire les résultats escomptés.

L'objectif visé par le projet de loi, nous en sommes entièrement d'accord. Concernant la sécurité et soins et services. La sécurité, ça fait écho aux travaux du comité ministériel sur les accidents évitables, le comité Francoeur. Alors, notre recommandation 1, c'est que le Regroupement des programmes d'assurances recommande que la sécurité de l'usager soit désignée comme une priorité pour le réseau dans ses rapports avec les usagers. Vous avez aussi à la fin la liste de nos recommandations, à la page 13, toutes ensemble.

Le Président (M. Labbé): Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Alors, concernant les définitions, nous allons réitérer ce que vous avez sûrement entendu depuis les deux derniers jours. Il nous apparaît primordial de définir ces termes. Nous avons fait l'exercice du dictionnaire que vous trouverez à l'annexe II, où on est allé chercher les définitions les plus courantes de «accident», «incident» et «événement» pour s'apercevoir que ce n'était pas si facile que ça d'arriver à cerner la réalité que le projet de loi veut sécuriser, si vous voulez.

Il y a plus de 15 ans que nous utilisons, comme gestionnaires des programmes d'assurances, ces termes dans un sens bien précis. Dès 1988, on avait déjà organisé des sessions de formation afin de présenter le concept de gestion de risques aux gestionnaires d'établissements, le vocabulaire, les outils ainsi que la formation des premiers gestionnaires de risques à cette philosophie d'intervention.

Les termes utilisés en gestion de risques sont importants parce qu'ils viennent décrire et définir et

circonscrire des situations sur lesquelles on veut agir. Pour nous, c'est clair: on fait une différence entre accident et incident. Pour nous, un accident, le patient est touché, il subit l'événement, tandis qu'un incident, c'est une séquence ou un processus où le patient n'est pas touché, mais que, si on avait laissé aller le processus dans son évolution normale, il y aurait eu accident au sens où, nous, on l'entend, donc le patient aurait été touché. Nous croyons que la terminologie que nous utilisons depuis plus de 15 ans a l'avantage d'être simple et laisser peu ou pas de place à l'arbitraire ou à l'interprétation ou au subjectif. Juste à titre d'exemple, nous avons regardé le glossaire proposé par le Comité directeur national sur la sécurité des patients qui vient de sortir son rapport, et je vous ai juste mis l'énumération des termes qui peuvent décrire des réalités que, dans le projet de loi, on décrit comme accident, incident ou effet indésirable. Il y en a près d'une dizaine, si ce n'est plus.

Alors, pour nous, le terme accident est défini dans le manuel de gestion de risques comme étant une action ou une situation où le risque se réalise et cause des dommages à l'utilisateur, au personnel ou à des tiers ou à leurs biens ou à ceux de l'établissement. Dans les faits, les dommages ont été causés. Il est important de noter que ce n'est pas le niveau de gravité qui sert à qualifier l'événement d'accident ou d'incident, c'est vraiment le fait que le patient a été touché.

Quant à l'incident, on réfère à ce que les Américains appellent le «near miss», et on peut le définir comme un presque accident. Aussi, c'est une action ou une situation quelconque qui ne cause pas de dommages mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, aurait pu causer des dommages à l'utilisateur. Encore là, ce n'est pas parce que le dommage est mineur qu'on dit que c'est un accident. Pour nous, à partir du moment où le patient est touché, on parle d'accident. L'exemple qu'on donne, c'est l'erreur de médicament qu'on a évité parce que quelqu'un s'est rendu compte à temps que le médicament n'était pas destiné à ce patient-là et il a interrompu le processus avant qu'un dommage ne soit causé à l'utilisateur. À ce moment-là, nous, on réfère à un incident dans une situation comme ça.

Donc, les deux recommandations qui suivent, la première, c'est: nous recommandons fermement qu'un article qui précise les définitions des termes «accident» et «incident» soit inséré dans le texte définitif qui sera adopté et, évidemment, on propose nos définitions d'incident et d'accident qui sont utilisées dans le réseau depuis 1988.

• (21 h 40) •

Le Président (M. Labbé): Mme Dufresne.

Mme Dufresne (Martine): La divulgation. Nous sommes tout à fait d'accord avec le droit reconnu à l'utilisateur d'être informé, et l'obligation de divulgation correspondante, lorsque l'utilisateur a vraiment été victime d'un accident et qu'il en a subi des dommages identifiés par le législateur comme étant des conséquences significatives sur son état de santé ou son bien-être. Encore là, nous précisons que la divulgation, c'est en fonction de la définition que l'on vous recommande, la recommandation 3.

Et aussi, notre recommandation 4, ce serait de définir aussi qu'est-ce que c'est, des conséquences significatives. Alors, on vous propose aussi une définition parce que «conséquences significatives», ça peut être discutable aussi, là. Nous sommes aussi en accord avec le fait de lui révéler qu'il y a des mesures prises pour contrer de telles conséquences ou prévenir la récurrence d'un tel accident.

L'expérience de plus de 15 ans de gestion des réclamations et de poursuites contre les établissements nous ont démontré que, contrairement à ce que l'on peut croire, le fait de divulguer à l'utilisateur ou à sa famille les circonstances d'un accident dont il subit les dommages ne mène pas nécessairement ce dernier à poursuivre, ni même à réclamer quoi que ce soit. On s'aperçoit fréquemment, lors de la gestion d'un dossier de réclamation, que c'est souvent le moyen employé par les victimes pour connaître ce qui s'est vraiment passé.

Cependant, toujours en retenant nos définitions, on ne peut pas être d'accord avec le droit d'être informé et l'obligation de divulguer des incidents ou presque accidents. Comme Mme Dionne le soulignait tantôt, cette divulgation-là d'un incident ou un presque accident pourrait ébranler la confiance qu'a l'utilisateur envers l'équipe soignante, l'établissement et même envers l'ensemble du réseau.

Alors, la recommandation 5, c'est: Le Regroupement s'oppose fermement à l'obligation de divulguer aux utilisateurs les incidents ou presque accidents survenus au cours de la prestation des soins.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Pour ce qui concerne le comité de gestion de risques, nous nous réjouissons que le législateur en crée l'obligation dans un texte de loi. Nous avons l'habitude de conseiller aux établissements qui ont des ressources limitées de constituer leur comité de gestion de risques avec des gens qui ont déjà, dans leur mandat ou dans leur définition de fonctions, un volet sécurité ou une préoccupation de sécurité.

Au début des années quatre-vingt-dix, je mentionnais plus tôt dans la journée qu'on avait près de 80 gestionnaires de risques dans tous les hôpitaux du Québec, et il y avait des comités de gestion de risques qui supportaient ces gestionnaires de risques dans leurs activités. Et on retrouvait, dans la composition de ce comité-là, des personnes affectées à la prévention des infections, à la sécurité, aux mesures d'urgence, un pharmacien, un membre des soins infirmiers, très peu, sauf peut-être le DSP à l'occasion, mais nous considérons que la présence d'un médecin est essentielle afin d'améliorer la sécurité, compte tenu du haut risque des activités dont ils sont responsables.

Compte tenu de l'expérience que nous avons de ces comités de gestion de risques là, on pense qu'il est peu réaliste que le comité fasse lui-même les démarches nécessaires, suite à un accident ou encore à une suite ou à une fréquence d'événements sérieux qui, même s'ils n'ont pas causé de dommages à l'utilisateur... S'il n'y a pas des moyens de prévention qui sont mis en place, éventuellement, un accident va se produire.

Le délai de réaction peut être trop long compte tenu de la composition proposée du comité, et, ces gens-là

n'étant pas nécessairement tous sur place au moment où les événements se produisent, le délai de réaction peut être trop long. C'est pourquoi les établissements qui avaient adopté cette approche de gestion de risques avaient désigné une personne agissant comme gestionnaire de risques pour les activités quotidiennes et un comité pour recevoir les rapports, définir les orientations, les objectifs et, enfin, prendre des décisions.

Le gestionnaire de risques, en plus d'être identifié à l'intérieur de l'établissement comme la personne-ressource pour la sécurité des usagers, agissait aussi à titre d'agent de liaison entre l'établissement et la Direction des programmes d'assurances, favorisant d'autant la communication et la mise en oeuvre des recommandations qui pouvaient émaner des assureurs concernant la prévention. Cette fonction a presque complètement disparu du paysage hospitalier à l'occasion des grandes compressions. Les responsabilités de ces gestionnaires ont été morcelées, ajoutées à des descriptions de fonctions déjà bien étoffées et dispersées à travers l'ensemble de l'organisation. On peut dire qu'aujourd'hui on est à peu près au même point qu'on était en 1987, au début des programmes d'assurances. Alors, notre recommandation 6, c'est que nous recommandons fortement de rétablir la fonction de gestionnaire de risques à l'intérieur des établissements afin de démontrer l'importance accordée à la sécurité des usagers en donnant aux établissements les moyens de remplir leurs obligations à cet égard.

Quant à la déclaration de l'accident et de l'incident, l'article 233 prévu à l'article 8 nous étonne non dans son objectif, mais par les moyens qu'il propose. Nous appuyons sans réserve l'obligation de déclarer tant l'incident que l'accident. Il faut se souvenir qu'en gestion de risques la déclaration de l'incident sert à mesurer l'ampleur de la situation et de mettre en place des moyens de prévention de l'accident. Des commentaires ont été faits à l'effet que cet article institutionnalisait la délation à l'intérieur des établissements. On se souviendra que la délation est décrite comme une dénonciation inspirée par des motifs méprisables, ce qui n'est sûrement pas l'objectif du législateur. Habituellement, on comprend assez facilement l'obligation de déclarer l'accident parce que le patient a été touché, mais des gens qui sont peu familiers avec une approche de prévention comprennent moins facilement l'obligation de déclarer des incidents, compte tenu que le patient n'a pas été touché. Ce n'est qu'après explication des fins recherchées qu'on va chercher l'adhésion de ces gens-là, qu'on a besoin de cette information-là pour mettre en place des mesures de prévention pour éviter que l'accident ne se produise. C'est sûr que le bénéficiaire d'une telle information est en bout de ligne l'utilisateur ou le patient, mais aussi l'organisation qui, en connaissant la situation, peut utiliser les moyens de prévention utiles pour éviter que d'autres usagers soient exposés aux mêmes risques.

Nous croyons que le texte de loi doit faire preuve et oeuvre de pédagogie afin de promouvoir cette approche de prévention là. Il devrait distinguer clairement la déclaration de l'accident survenu au patient de celle de l'incident faite dans le but de signaler une situation ou une activité à risque. En clarifiant les buts poursuivis, il va être beaucoup plus facile de rallier tout

le monde de la santé à cette démarche d'information. De plus, ce ne serait pas une nouveauté dans le réseau, compte tenu que, depuis près de 25 ans, la Loi sur la santé et sécurité du travail a pavé la voie à une telle façon de faire. On parle d'identifier des risques à la source afin de les éliminer et d'éviter les accidents. Ceci est essentiellement une démarche de gestion de risques en milieu de travail pour les travailleurs. Il n'y a qu'à substituer l'utilisateur au travailleur et la logique de la démarche est identique. Le Regroupement recommande donc de préciser les objectifs recherchés par la déclaration de l'incident afin de prévenir la perception que l'on incite les professionnels de la santé et les travailleurs du réseau à la délation.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Dufresne.

Mme Dufresne (Martine): Le formulaire de déclaration. Tout d'abord, il faudrait prévoir que le directeur général puisse déléguer cette fonction d'être le destinataire de toutes les déclarations d'événements. Si le but de cette exigence est que la personne qui reçoit l'information soit en mesure de prendre les décisions qui s'imposent, nous croyons que, dans la majorité des cas, les personnes qui ont à réagir dans les plus brefs délais sont beaucoup plus près du suivi clinique de l'utilisateur victime de cet accident que celles qui exercent la plus haute fonction hiérarchique. Les établissements ont déjà des politiques et procédures prévoyant les personnes à aviser en cas d'événements malheureux. Il existe aussi déjà une obligation réglementaire à l'effet de verser au dossier de l'utilisateur un rapport pour tout accident survenu. Cet article, je pense, remonte au début des années soixante-dix. Depuis...

Le Président (M. Labbé): Si vous permettez, je m'excuse, je vais vous inviter peut-être à aller à la conclusion, compte tenu qu'il reste à peu près 30 secondes, mais prenez le temps de faire votre conclusion, puis on pourra revenir à la recommandation 8.

Mme Dufresne (Martine): Très bien. Alors, en conclusion, la gestion des risques est, du point de vue d'un gestionnaire de programmes d'assurances, le moyen privilégié pour stabiliser les primes d'assurance et protéger le marché de l'assurance en responsabilité civile professionnelle. Issue de cette industrie, la gestion de risques est passée, dans le milieu de la santé, de la préoccupation strictement financière à une priorité mise sur la sécurité de l'utilisateur. Proposée aux établissements membres de l'AHQ dès 1986 et, depuis 1999, aux établissements ayant d'autres missions, la gestion de risques s'intègre tout à fait dans le processus de gestion que l'on retrouve dans le réseau de la santé. Malgré les efforts déployés, trop d'accidents malheureux se produisent encore. C'est le constat que faisait le comité Francoeur. Nous croyons que ce projet de loi peut être une aide considérable pour les établissements s'il est assorti des moyens financiers et techniques nécessaires à sa mise en oeuvre. Merci.

Le Président (M. Labbé): Merci beaucoup, mesdames, vous êtes très efficaces. Alors, sans plus

tarder, je vais céder la parole au ministre délégué. M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Merci, M. le Président. Merci, Mmes Dufresne et Dionne pour votre contribution. Peut-être tout d'abord une question qui va vous sembler un peu pointue mais, quand même. Vous suggérez donc une définition précise des conséquences significatives, vous en suggérez une. Mais, à partir du moment où on précise une, on risque justement de pécher par excès de précision et donc d'échapper des... de limiter la couverture de ce qu'on vise.

• (21 h 50) •

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Je pense que la recommandation que l'on vous fait d'une définition, on l'a comme validée avec l'ensemble des dossiers et des situations qui nous parviennent via les réclamations et les poursuites et on pense que ça ratisse large. Quand on part d'un problème... Quand on dit qu'à la fois ça peut être un problème qui découle de l'accident et qui demande une intervention immédiate pour renverser ou contrôler les effets, on pense à quelque chose où on peut tout de suite intervenir, ou encore un problème qui va être permanent même s'il n'est pas grave, même s'il ne handicape pas un patient. À partir du moment où le problème est permanent, il doit être... c'est une conséquence significative pour nous. Ou encore qui va demander un suivi à long terme, donc une condition chronique qu'on va devoir suivre à cause de l'accident qui est arrivé. Alors, on a passé ça l'aune de ce qu'on a comme situations et on trouvait que l'éventail de situations que ça couvrait était très large.

M. Bertrand (Portneuf): Donc, pas trop de risques de limiter la portée, là, de l'expression.

Mme Dionne (Michelle): Non, on ne pense pas.

M. Bertrand (Portneuf): Deuxième point. Bon. C'est assez intéressant. Vous nous avez rappelé, donc, que les gestionnaires de risques, ça a déjà existé dans les établissements et vous proposez de réintroduire de telles fonctions.

En même temps, si elles n'existent plus, c'est peut-être qu'on a jugé à quelque part dans la sagesse du temps que ça ne générerait pas les résultats qu'on en attendait. Est-ce que le fait de les réintroduire va, comme par magie, là, rendre cette fonction-là vraiment à valeur ajoutée?

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Je vous dirais que la sagesse était sonnante et réverbérante.

M. Bertrand (Portneuf): O.K.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Dionne (Michelle): C'était ça, la sagesse.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bertrand (Portneuf): Est-ce que c'était un incident ou un accident?

Mme Dionne (Michelle): Je dirais que plusieurs personnes étaient touchées; ça devait un accident.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Dionne (Michelle): Ce que je dirais là-dessus, c'est que les gestionnaires de risques qui ont occupé ces fonctions-là dans les années... fin des années quatre-vingt et jusqu'à mi-quatre-vingt-dix étaient souvent des gens qui souvent cumulaient la fonction de coordonnateur de la qualité et des risques. La présentation que les gens ont fait tantôt au niveau du Conseil canadien reflétait la réalité qu'ils vivaient dans les milieux hospitaliers dans les années quatre-vingt-dix. Souvent ces postes-là, ces descriptions de fonctions là étaient jumelées, donc les gens... C'est vrai que c'est complémentaire. On ne peut pas... Si on dit qu'on fait une bonne gestion de risques, c'est sûr que nos services vont être de qualité et vice-versa, je veux dire. Et, nous, on n'a jamais accepté d'entrer dans la bataille, si vous voulez, sémantique, là, qui vient avant. Nous, on dit: Si les services sont de qualité, les risques vont être contrôlés et, si on fait une bonne gestion de risques, on donne des services de qualité. Pour nous, l'essentiel c'était qu'il s'en fasse.

Alors, on a regardé partir avec désolation ces gens-là. Les établissements se sont rendus compte à la longue qu'il n'y avait plus personne qui avait une vision intégrée de ce qui se passait dans l'établissement parce que souvent le bureau du gestionnaire de risques était le point de chute de tous les rapports d'événements, de toutes les déclarations d'événements, d'incidents, accidents, ce qui fait qu'on pouvait vite repérer un événement qui s'était produit sur une unité de soins, dans une clinique externe, à l'urgence ou ailleurs dans l'hôpital. Ce qui est difficile lorsque chaque chef de service reçoit le rapport et ça s'arrête là. Donc, c'est vraiment une vue intégrative que propose un programme de gestion de risques comme ça.

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

M. Bertrand (Portneuf): Oui. D'ailleurs, je présume que dans la perspective du projet de loi, s'il devait être adopté, ça donne justement à un tel poste une toute autre assise que celle qui existait.

Le Président (M. Labbé): Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Ça lui donne une pérennité, je vous dirais. Ça l'assure d'une certaine pérennité.

M. Bertrand (Portneuf): Oui, oui, ce ne sera pas long. Un dernier point, une dernière question, parce que mes collègues me pressent.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Payne: C'est bon signe.

M. Bertrand (Portneuf): Oui. Effectivement.

Le Président (M. Labbé): On est là pour vous protéger, M. le ministre, allez-y.

M. Bertrand (Portneuf): Qui peut-être déborde un petit peu le projet de loi directement. La proposition 14 du rapport Francoeur — vous vous en souviendrez — sur le régime d'indemnisation, mentionnait, en tout cas, ciblait certains problèmes eu égard au cloisonnement actuel des deux régimes d'assurance. Pouvez-vous nous en parler un petit peu puis nous dire de quelle façon on pourrait remédier à ce qui avait été soulevé à ce moment-là?

Le Président (M. Labbé): Mme Dufresne.

M. Bertrand (Portneuf): Je suis conscient que je déborde un peu.

Mme Dufresne (Martine): Oui.

M. Bertrand (Portneuf): Vous pourrez me déclarer hors d'ordre, si vous le voulez.

Mme Dufresne (Martine): Non, je n'oserais pas, M. le ministre. C'est certain que, bon, nous, nous représentons les établissements. Les dossiers que l'on traite seuls, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun médecin impliqué, c'est certain que c'est beaucoup plus simple pour nous parce qu'on a juste deux parties, je veux dire, une partie adverse, et il n'y a pas de partie codépendresse. Alors, c'est beaucoup plus simple pour nous, pour évaluer le dossier, s'il y a eu faute, s'il y a un lien, s'il y a un dommage, et les règlements se font plus rapidement. C'est vrai que nous sommes en étroite... Comment dire? Beaucoup de nos dossiers en responsabilité professionnelle... Nous ne sommes pas mariés mais avec les médecins, dans le sens que, souvent, la poursuite sera intentée contre l'établissement et les médecins. Alors, on ne peut pas agir seuls parce qu'on n'est pas seuls. Et là, c'est souvent ce qui enclenche les batailles d'experts, à savoir: qui a causé la faute, dans quel degré la faute a été imputable à quelle partie, est-ce qu'il y a un lien entre la ou les fautes identifiées, la gravité de chacune de ces fautes-là. Alors, c'est sûr que le débat est beaucoup plus long, et des années vont s'écouler avant de pouvoir trouver une issue, là.

Le Président (M. Labbé): Merci, madame, Merci, M. le ministre. Alors, le député, maintenant, de Vachon. M. le député.

M. Payne: J'aimerais discuter le «risk management» également. C'est d'ailleurs pertinent parce que la députée, à juste titre peut-être, a soulevé l'hypothèse intéressante que là où peut-être les services qu'on pourrait croire être déficients pourraient devenir peut-être plus déficients s'il y avait une imposition de, disons, comme exemple, ajouter la fonction de gestionnaire de risques dans une situation où on était déjà déficients en services. La réponse a été donnée d'une façon intéressante de la part de ceux qui vous précédaient, à savoir que, au contraire, bien souvent, l'ajout d'une pondération à

l'égard de la gestion de risques, c'est-à-dire là où il y avait une intervention possible qui ajouterait la liberté du patient d'être au courant de ce qui se passe et d'être informé pour prévenir tout futur incident ou accident n'était pas pour nécessairement alourdir le système. Avez-vous une opinion là-dessus aussi? Surtout dans le contexte que vous dites qu'on est aujourd'hui à peu près au même point qu'au moment de la mise en place du programme d'assurances en 1987. Et, en même temps, vous voulez rétablir la fonction de gestionnaire de risques. Donc, ma question, ce serait: Est-ce que vous avez la même réponse que ceux qui vous ont précédées?

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Oui. Je vous dirais que je ne peux pas diverger d'opinion avec le Conseil canadien d'agrément là-dessus. Par contre, quand on dit qu'on est au même point qu'en 1987, c'est qu'en 1987 le programme commençait. Les fonctions n'étaient pas connues et les établissements ont facilement adhéré à cette philosophie de gestion là. Sauf que, comme on vous disait et comme beaucoup d'associations d'établissements ont dit, les choix ont été déchirants quand les coupures sont arrivées, et, au lieu de couper les services, on a plutôt coupé dans des structures à l'interne qui pouvaient aider, qui pouvaient être une ressource pour le personnel soignant.

Le Président (M. Labbé): M. le député de Vachon.

● (22 heures) ●

M. Payne: Oui. Pour échanger un peu plus indirectement avec ma collègue de Joliette, la réalité n'est pas: Si une certaine déficience peut exister, ce n'est pas une réalité spécifiquement québécoise. On n'a qu'à lire les journaux le *Globe and Mail* ou le *Toronto Star*, le *Vancouver Sun* ou regarder l'Internet, le BBC de Londres, pour se rendre compte que la réalité existe un peu partout au monde. On est tous en virage ambulatoire. Donc, je pense que c'est assez important de statuer sur ça mais aussi d'indiquer et enregistrer votre opinion, à savoir que tout ajout, comme on préconise dans le projet de loi, aux droits du patient n'ajoute pas nécessairement à la lourdeur d'un système, la lourdeur administrative, je veux dire. Et je pense que tout cela, ça revient à renforcer le principe que le patient devrait être au centre de tout ce qui se passe au sein d'un établissement hospitalier.

On avait l'impression, depuis quelques jours, avec quelques interventions qui étaient faites, que c'est toujours une vision là où le patient est au bout de la liste du système. C'est lui qui est le receveur du système, comme le «backstop», si vous voulez, plutôt que celui qui est en plein milieu. Dès qu'on conçoit le patient comme quelqu'un qui est dans le milieu, tout acte, accident ou incident le concerne au plus haut point, même si c'est des démarches ou des mesures qui sont entreprises pour prévenir une éventuelle récurrence pour ce patient ou pour un autre patient. Qu'est-ce que c'est, votre opinion?

Le Président (M. Labbé): Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Mon opinion, c'est que, oui, le patient doit être au centre de toutes nos interventions, et je pense que lorsqu'on décide, dans un établissement, de dédier une fonction à la sécurité et à la qualité des soins qui lui sont donnés et lui sont offerts, je pense qu'on fait acte de cohérence avec cette philosophie de soins là. Je puis vous dire aussi que les établissements qui ont conservé des fonctions de gestion de risques — parce qu'il en reste au moins deux — ce sont des établissements pour qui cette fonction-là était essentielle, justement parce que le patient est plus au centre de toute l'organisation, et ils sont cohérents avec cette philosophie-là.

Donc, pour nous, c'est clair que ce n'est pas une dépense comme une autre; pour nous, c'est clair que ce poste-là n'est pas un poste qu'on donne à quelqu'un qui est sur le bord de la retraite, ce n'est pas un poste auquel on va affecter quelqu'un — comment je dirais? — peu motivé ou préoccupé par la sécurité des usagers, ça, c'est clair. On devient, dans l'établissement, une personne-ressource, on devient identifié à la sécurité. Je pense qu'il faut avoir les convictions et la passion qui animent cette personne-là pour faire ce travail-là.

M. Payne: Je vous remercie encore.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, M. le député de Vachon. Je cède maintenant la parole au député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci, M. le Président. Bonsoir et bienvenue, merci d'être là. Je vais entreprendre, moi aussi, là où on a discuté tantôt sur le terme «conséquences significatives». Ça a été là tout au long du débat mais là, je ne sais pas pourquoi, c'est votre mémoire qui m'anime un peu plus, parce que vous donnez des définitions puis, en les relisant après ça, les textes, on peut se poser des questions.

D'abord, on règle la question de l'incident. On sait que, pour la divulgation, là, vous êtes ici depuis un bout de temps, vous savez que tout le monde dit ça puis que ça risque d'être réglé, ça, lorsqu'on va réécrire le texte. Vous dites, pour l'accident, vous tentez une définition pour accident: action ou situation où le risque se réalise et cause des dommages. Je note qu'à cette définition-là vous n'avez pas pris soin d'ajouter «dommages significatifs». Vous avez dit «dommages», significatifs ou pas.

Quand on lit l'article, les articles, parce que ce n'est pas le seul, là, il y a celui qui donne le droit puis celui qui force la divulgation mais, en tout cas, je vais prendre celui-là: «Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout incident ou accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives.» J'écoutais tout ce qui se disait et je me disais: Pourquoi avons-nous vraiment besoin du qualificatif de «significatives»? Pourquoi il faut absolument que les conséquences soient significatives, suite à l'accident, pour entraîner la divulgation? Pourquoi ce ne serait pas tout simplement, un peu comme dans le sens de la définition «accident» que vous faites: C'est une action ou situation où le risque s'est réalisé, ça a causé un dommage, donc, il y a eu des conséquences, oui?

Autrement dit, à la limite, on n'aurait pas besoin de nous parler des conséquences significatives, on aurait juste besoin de nous dire, surtout si on a défini «accident» un peu plus haut dans le texte, là, on aurait juste à nous dire qu'il a le droit d'être informé des accidents.

Le Président (M. Labbé): Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Oui. Je vais revenir d'abord... Pourquoi on n'a pas précisé quel type de dommage? Parce que, en gestion de risques, quand on parle d'accident, on a toujours une préoccupation de prévention. Donc, que le dommage soit minime ou important, la prévention va nous demander de mettre en place des mesures de protection, des mesures de prévention. Donc, on n'attend pas la catastrophe ou l'événement catastrophique pour se poser des questions: Comment peut-on éviter?

Vous avez des situations où la fréquence de l'événement, même s'il cause peu de dommages ou pas de dommages, nous laisse entrevoir qu'à un moment donné le dommage sérieux va arriver. Et, à ce moment-là, c'est pour ça qu'en gestion de risques on ne qualifie pas le type de dommage. On préfère plutôt discerner entre dommage causé, patient touché ou non touché.

Pour ce qui est de la divulgation, nous n'avons pas tellement de réserves par rapport à la divulgation en général, c'est plutôt nos collègues médecins qui en ont beaucoup. Vous avez aussi, dans le code de déontologie des médecins, des précisions qui sont apportées, on parle même d'effets indésirables. Il n'y a pas toujours un accident ou une erreur ou une faute professionnelle à l'origine d'un effet indésirable. Donc, à ce moment-là on trouvait que ça devenait une discussion d'experts. Et, nous, comme assureurs, notre préoccupation, c'est la prévention puis l'indemnisation. Donc, on avait focussé plus là-dessus.

Le Président (M. Labbé): M. le député.

M. Fournier: Je comprends, là, mais jasons pour jaser, là. Il y a un accident qui arrive, on se demande si on va le divulguer. On a déjà compris que, pour ce qui est de l'incident, vu qu'il n'y a pas de conséquences sur la personne, que ça aurait tendance à l'inquiéter. Bon. Il n'y aurait pas de divulgation de ça. Ça, on a fait un petit bout avec ça. Là, on arrive avec les accidents. On lit ça, mais, pour accident, là, les accidents avec juste des conséquences non significatives, mineures, j'imagine, c'est ça que ça veut dire, il y aurait pas de divulgation de ça. Il y aurait divulgation seulement des accidents qui ont des conséquences significatives.

Le Président (M. Labbé): Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Ce n'est pas ce qu'on dit.

M. Fournier: Je ne sais pas si c'est ce que vous dites, mais, moi, quand je lis le texte, là... Je vous le resoumets, là, rapidement. Lisons ensemble juste le droit d'être informé, là, ce qui est l'article 2 qui amène l'article 8: «Il a également le droit d'être informé, le plus

tôt possible, de tout incident ou accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus et susceptible — et susceptible — d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives.» Bien, j'en ai juste sur le caractère limitatif du droit à l'information ou de l'obligation de divulguer, c'est la même chose, limitée aux accidents qui ont des conséquences significatives. Autrement dit, quand on discute de ce que c'est, des conséquences significatives, est-ce qu'on fait un débat pour rien? Si la divulgation couvrirait tous les cas où il y a un accident, quel accident? C'est quelque chose qui cause une conséquence.

Le Président (M. Labbé): Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Je vous dirais qu'à la lecture que vous faites de l'article 8 justement je vous précise: C'est le législateur qui fait cette distinction-là. Nous, dans notre mémoire, nous ne la faisons pas. Nous n'avons aucune objection à la divulgation au patient de tout accident, quelle que soit la gravité des dommages. Donc, nous, on n'a pas cette réserve-là et c'est pour ça qu'on n'en fait pas une recommandation comme telle. Mais, si on parle de conséquences significatives, si le texte est retenu par le législateur, bien, on propose une définition qui, à notre sens, est large d'application et inclut une panoplie de situations ou d'événements qui peut arriver à un patient.

M. Fournier: Je ne voulais pas vous imputer le fait que c'était le texte du gouvernement, mais je comprends que votre recommandation sur «conséquences significatives» pourrait aussi se lire «conséquences».

Mme Dionne (Michelle): Oui. Pour nous, tout à fait.

M. Fournier: O.K. Bon. Alors, un bout de chemin de fait. À la page 10, vous parlez du registre central. Comme on se revoit dans la même journée, on en a déjà parlé un peu plus tôt. Mais je vais aborder ça sous un autre aspect maintenant. Est-ce que ce registre-là, centralisé en quelque part, au ministère, quelqu'un qui a une responsabilité à cet égard-là, est-ce qu'il peut être utilisé pour être rendu public? Peut-être pas dans l'ensemble des éléments qui sont dedans, là, mais est-ce que la population ne pourrait pas en être informée, des grandes lignes qu'on retire? Est-ce qu'il y aurait un rapport annuel qui serait fait à l'égard de ce registre-là, est-ce qu'il y aurait une information de la population de l'état du réseau au niveau des accidents?

Le Président (M. Labbé): Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Oui. Oui, parce que les informations qu'on propose qui soient versées à ce registre-là, ce sont des informations dénominalisées. Donc, absolument, le public pourrait savoir quel est le type d'accident qui arrive dans les établissements, la gravité des dommages qui sont causés. Il n'y a aucune objection à ce qu'on sache l'état réel de la situation, à ce moment-là, si on veut être cohérent avec la divulgation qu'on exige des professionnels ou des établissements. Tout à fait.

Le Président (M. Labbé): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci. Dans votre mémoire, vous faites... Là, j'étre peut-être un peu. Vous me direz que ce n'est pas possible puis c'est tout, là. Mais ça m'intéresse. À la première page, vous dites que, dans le fond, un peu le départ de votre regroupement, c'était de démontrer aux assureurs que le Québec n'était pas comparable aux États-Unis pour le nombre de réclamations présentées contre les hôpitaux. Est-ce que, aujourd'hui, ou est-ce que récemment vous faites encore des comparables, est-ce qu'il y a des données qui sont tenues pour voir la différence qu'il y a entre notre régime et aux États-Unis, à ces égard-là?

Le Président (M. Labbé): Mme Dufresne.

• (22 h 10) •

Mme Dufresne (Martine): On ne fait pas de comparables avec les États-Unis mais on est au courant parce qu'on en entend parler. On sait même que le Canada, sous le régime du «common law», les sommes accordées, le nombre de réclamations ne sont pas comparables au Québec. On ne se compare pas, de façon automatique, avec ni les États-Unis ni le reste du Canada, mais vous n'êtes pas surpris de voir ou d'entendre 50 millions octroyés pour x problème médical, là, aux États-Unis. Au Québec, on n'entend pas ça, là.

Alors, les assurances avaient peur du réseau, avaient peur des hôpitaux en 1986, parce qu'il y avait une tendance, sauf qu'elle ne se fait pas démontrer au fil des années. On continue d'être distincts des États-Unis, là.

Le Président (M. Labbé): M. le député.

M. Fournier: Mais peut-être que, plus récemment, là... Il n'y a pas eu de comparables, mais, si je comprends bien, vous avez fait, à cette époque-là, une démarche pour démontrer aux assureurs que le Québec n'était pas comparable aux États-Unis. Donc, il a dû y avoir des documents, des études qui ont été préparées à ce moment-là, qui, même si elles ne sont pas si récentes, là, néanmoins établissent un point de comparaison?

Le Président (M. Labbé): Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Ce n'est pas au moyen d'études et de statistiques, c'est au niveau de l'expérience des sinistres. Au fur et à mesure que les années passaient, les assureurs se sont rendus compte que, le système juridique étant différent, les tribunaux n'octroyaient pas les mêmes montants d'indemnités et qu'en plus, notre façon de pratiquer faisait en sorte et la mentalité de la population faisait en sorte que le nombre de réclamations n'était pas comparable avec les autres provinces ou encore les États américains, qu'ils couvraient aussi au niveau de l'assurance. Parce qu'on a souvent les mêmes assureurs. Il y a peu d'assureurs au monde qui font de la responsabilité professionnelle hospitalière. Donc, ils sont en mesure de nous indiquer un peu quelles sont les tendances et où on se situe par rapport à d'autres. Mais c'est plus l'expérience, c'est à la longue qu'on leur a démontré que c'était différent.

M. Fournier: Merci.

Le Président (M. Labbé): Merci, M. le député. Alors, je cède maintenant la parole à Mme la députée de Joliette.

Mme Lespérance: Rapidement. Je ne ferai pas de commentaire parce que je trouve ça très intéressant de pouvoir vous entendre sur deux questions. Un, je m'attendais qu'on puisse regarder un peu votre opinion concernant l'indemnisation des victimes. Ensuite, deuxièmement, vous avez indiqué qu'il y a deux établissements où on a encore des gestionnaires de risques. Est-ce que vous avez des comparables dans ces deux établissements-là, si effectivement il arrive moins d'accidents, avec le recul, là? Avez-vous faites cette analyse-là? Je suis curieuse de le savoir.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Dionne.

Mme Dionne (Michelle): Je vais avoir une réponse quasiment sibylline. C'est difficile d'évaluer ce qu'on a évité, hein? Donc, les accidents qui ne se sont pas produits, on ne peut pas les comptabiliser. Sauf que, ce que les établissements qui ont maintenu ces postes-là témoignent, ce dont ils témoignent, c'est qu'ils ont une meilleure connaissance de ce qui se passe dans leur établissement. L'information circule plus rapidement parce qu'il y a quelqu'un qui est responsable de ramasser cette information-là et d'assurer le suivi qui peut être fait par rapport aux déclarations d'accidents, incidents.

Et, quant à la discussion sur l'indemnisation, nous avons compris, au rapport Francoeur, qu'il y aurait un comité qui serait sûrement mis sur pied, nous sommes prêts, pour en discuter bien sûr, mais il n'y a rien dans le projet de loi qui donnait ouverture à aborder ce sujet-là. Alors, on a ciblé vraiment, là, l'étude du projet de loi tel qu'il était présenté.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Dufresne, en complément.

Mme Dufresne (Martine): Oui. Pour l'indemnisation, c'est sûr que l'objectif d'une indemnisation sans égard à la faute, c'est pour que les victimes soient indemnisées le plus rapidement possible et plus facilement. Mais ce ne sera pas si évident que ça parce que l'attrait du «no fault» pourrait paraître plus simple, mais ce n'est pas si simple que ça et peut-être pas aussi... Ce qui est certain, ce serait moins coûteux pour les personnes parce qu'elles n'auraient pas à prendre des recours. Nous, on n'intervient pas uniquement sur des poursuites mais sur des réclamations, et même la lettre manuscrite d'un usager, on intervient. Mais ce n'est pas le cas, là, pour toutes les parties.

On a, au Québec, deux régimes d'indemnisation, sans égard à la faute, qui est la SAAQ, l'assurance automobile, et aussi la CSST. La SAAQ, c'est un des plus simples, dans le sens qu'il y a toujours un accident qui survient, c'est clair, relativement clair. Où ça devient moins clair, c'est quand, plus tard, la personne revient en disant: C'est à cause de mon accident que. Pour la CSST, le travailleur est blessé au cours de son travail. On a juste à penser aux maux de dos que déjà c'est un

petit peu plus compliqué: Est-ce que les maux dos sont... la blessure a eu lieu sur son lieu de travail ou ailleurs?

Alors, en matière de santé, ce sera difficile d'établir: Est-ce que l'infection postopératoire est un accident? Toute aggravation, complication, une hémorragie, les risques sont connus d'avance. Est-ce que, ça, ça fait partie d'un accident? Il y en a que c'est plus simple, je conviens, il y a des cas qui sont plus simples. Par exemple, les cas de brûlures, les corps étrangers oubliés, ça, il y a vraiment un accident qui est survenu. Mais il faudra passer par contre à... Il faudra se poser la question: A-t-on les moyens d'instaurer le «no fault»? Et ça prendra un encadrement très précis.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, Mme Dufresne. Merci, Mme la députée de Joliette. Alors, Mme Dionne, Mme Dufresne, je tiens à vous remercier pour la qualité de votre mémoire, les connaissances que vous avez et surtout de la façon, Mme Dufresne, que vous avez fait votre conclusion, c'était fort apprécié. Alors, merci beaucoup.

Alors, j'inviterais maintenant le prochain groupe à venir nous rejoindre, ceux pour qui nous avons préparé ce projet de loi. Alors, j'inviterais M. Jean Martel, représentant des victimes, à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): Alors, avant de vous céder la parole, je tiens d'abord, M. Martel, à vous remercier d'être présent, ainsi que toutes les dames et les messieurs qui vous accompagnent. Je vous remercie pour votre patience, vous avez été assidus, on l'apprécie énormément. Alors, sans plus tarder, M. Martel, je vais maintenant vous céder la parole et vous inviter à présenter les gens qui vous accompagnent.

M. Jean Martel

M. Martel (Jean): Alors, M. le Président, je suis accompagné aujourd'hui de Mme Nathalie Préville, mère de Michaël; de Mme Michèle Beauchemin Perreault, mère d'Isabel; de Mme Danielle Comeau, mère de Jean-Sébastien; et de M. Stéphane Hubert, père de Michaël; tous parents d'un enfant décédé suite à un accident médical évitable.

M. le Président, M. le ministre délégué et les membres de cette commission. Nous apprécions grandement l'occasion que vous nous donnez d'être entendus à cette commission. De plus, M. le ministre délégué, veuillez accepter, au nom des ministres M. Legault, de M. Trudel et de Mme Marois, qui ont à tour de rôle assuré la continuité de la gestion des risques d'accidents médicaux évitables, toute notre reconnaissance.

Dans le cadre des travaux de cette commission et de notre participation à celle-ci, notre contribution sera essentiellement axée sur trois aspects, soit la perspective des victimes, ce qu'elles attendent du législateur et la pertinence de la réponse ou des dispositions de ce projet de loi, par le biais d'une analyse de chacun des articles. Nous sommes conscients

que notre intervention se situe au niveau des orientations qui ont déjà été prises. Dans cette perspective, nous ne pouvons intervenir que sur des aspects complémentaires ou accessoires, que nous estimons nécessaires ou indispensables pour assurer que cette loi respecte les attentes des victimes.

Aujourd'hui, en 2002, lorsque survient un accident médical évitable, non seulement l'usager découvre rapidement toutes les étapes interminables du système de santé et des services sociaux, mais aussi la protection dont bénéficie la profession, la bureaucratie, l'omerta du milieu ainsi qu'un long processus judiciaire. Les accidents médicaux évitables représentent, pour nous, les victimes, et pour leurs proches, un fardeau sous-estimé sur le plan humain: que de temps, d'émotions, d'énergies investis pour l'obtention d'une réparation tant physique que psychologique se rapportant à notre égard.

● (22 h 20) ●

Selon le rapport Francoeur, la première réaction commune aux familles est d'attribuer les accidents ou incidents médicaux évitables à l'incompétence, la négligence et à l'inconduite par rapport à l'éthique professionnelle des intervenants. Dans l'ensemble, la population est attachée à son réseau de santé. Elle accorde généralement sa confiance au personnel en place quand le milieu démontre une éthique professionnelle conforme et transparente à l'égard des soins prodigués. Dans le cas contraire, s'installe pour l'usager le doute et la méfiance. Aux yeux de l'usager, l'incurie individuelle des professionnels existe bel et bien et ne justifie aucune indulgence. En contre-partie, l'incurie n'est pas toujours la seule cause des accidents médicaux évitables.

Nous sommes forcés de constater qu'aujourd'hui encore il n'existe aucun comité de surveillance des soins de santé qui aurait pour mandat de superviser le réseau de santé et encadrer ce type de situation. Le premier réflexe des intervenants d'établissement et du personnel ciblé est de se cacher derrière des paravents traditionnels. Pendant tout ce temps, le processus de réhabilitation physique et psychologique est considérablement retardé. Suite à un accident médical évitable, il en résulte deux catégories de victime, soit l'usager et ses proches. Suite à l'audition des ordres professionnels, nous sommes aussi conscients que l'intervenant provoquant l'accident médical évitable peut aussi être considéré comme une victime dans le processus.

Le système judiciaire actuel laisse reposer sur la victime l'énorme fardeau d'une triple démonstration, soit prouver qu'il y a eu faute, prouver qu'il y a eu dommage et prouver qu'il y a un lien de causalité entre l'une et l'autre. L'indemnisation, à l'heure actuelle, est dérisoire par rapport au préjudice subi. Les préjudices subis sont pourtant graves et, dans certains cas, peuvent aller jusqu'à la mort. Les démarches peuvent entraîner des coûts exorbitants. À titre d'exemple personnel, j'anticipe investir au-delà de 100 000 \$ pour clarifier la mort de mon garçon. S'enclenche alors le combat de David contre Goliath.

Peut-on aussi questionner la mise en application de certaines modifications de la dernière réforme de la santé. Cette réforme était-elle bien adaptée aux besoins

de sa population? Il faut créer des conditions qui rendront possible un changement dans l'application des soins de santé. À quoi le citoyen doit-il s'attendre? Quand l'usager va à l'hôpital, il s'attend à ce que sa vie soit prise en charge et qu'en sortant de l'hôpital il aille mieux sans avoir subi de préjudice. La sécurité, en tous points, du patient doit trouver sa place de façon explicite parmi les dimensions qui seront jugées essentielles au niveau de la qualité des soins et des services que le réseau a pour mission d'assurer à la population.

Lors d'un accident médical évitable, nous nous attendons, les victimes, à ce que certaines dispositions soient prises à cet égard:

Que toute personne exerçant ses fonctions dans un établissement de santé et ayant été impliquée dans un accident médical ou dont elle a eu connaissance ait l'obligation de faire une déclaration officielle à son supérieur de l'établissement de santé;

Que la victime soit informée de tout accident médical survenu au cours de la prestation des services dont elle a été l'objet et qu'elle soit avisée des conséquences, de quelque nature qu'elles soient, par rapport à son état de santé ou son bien-être à venir;

Que la victime, suite à un accident médical commis, reçoive un accompagnement et un soutien tant physique que psychologique afin d'assurer une réparation des préjudices subis.

Dans le cas de séquelles, qu'une voie juridique soit maintenue pour évaluer la relation de gravité de l'accident médical s'étant produit afin d'indemniser l'usager de façon juste et équitable tout en lui permettant de retrouver une dignité humaine;

Qu'il y ait formation d'un comité de surveillance des soins de la santé se rapportant aux erreurs médicales, un comité impartial dont la responsabilité serait de rapporter et de contrôler tous les accidents médicaux — l'objectif du comité serait de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à garantir la sécurité à toutes les étapes du processus médical tout en réduisant l'incidence des effets indésirables et permettant de prévenir la récurrence d'un tel accident;

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux supporte financièrement le besoin d'une présence de médecins et d'infirmiers et infirmières qualifiés et compétents 24 heures par jour, dans tout établissement de santé;

Que le coroner participe aux différents comités de surveillance des soins de santé lors d'accident médical évitable ayant causé la mort afin d'assurer une meilleure protection de la vie humaine et un suivi de ses recommandations, lesquelles deviendraient exécutoires.

Suite à la lecture du projet de loi n° 113 et considérant les attentes de certaines victimes d'accidents médicaux évitables, tels que nous les avons énoncés, il nous apparaît que plusieurs de nos attentes ont été considérées. En conséquence, à l'article 1, «assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux», à notre avis, l'utilisation du terme «sécuritaire» est implicite au système de santé. Par contre, est-il assez englobant en termes de mieux protéger la vie humaine? À cet égard, ne serait-il pas préférable de parler de «sûreté» ou à tout le moins de «sécuritaire en tous points» ou de «sécurité totale».

Notre argument repose sur le fait que la définition du mot «sécurité» nous indique que le passage de l'usager dans le processus médical ne se fera pas, hors de tout doute, sans danger. En conséquence, l'utilisation des mots «sûr» et «sûreté» nous paraît plus appropriée. Comme usager, nous visons une sécurité optimale. Notre réflexion s'applique également aux articles 3, 5, 7, 11 et 13 faisant référence à l'introduction du terme «sécurité», «sécuritaire».

À l'article 2, «il a également le droit d'être informé», à notre avis, on devrait plutôt dire: Il doit être informé. Il y a, à notre sens, une très grande nuance entre avoir le droit d'être informé et l'obligation d'informer une personne. Si on veut vraiment responsabiliser les établissements et le corps médical, il faut créer l'obligation d'informer afin d'enlever ce fardeau à la victime. De plus, on devrait lire: Il doit être informé, et ce, par le directeur général de l'établissement, à cause de sa fonction hiérarchique et de son impartialité professionnelle. Ce qui n'empêcherait pas le directeur général d'être accompagné des intervenants pouvant le soutenir dans sa démarche, tel qu'énoncé par d'autres intervenants lors de cette commission.

À notre avis, on devrait lire également, au lieu de dire: «ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé», on devrait lire: Ayant entraîné des conséquences de quelque nature que ce soit sur son état de santé. Nous faisons référence à tout le débat sur la notion d'accident, incident. Et nous comprenons et nous sommes en accord avec la définition d'un accident qui n'a aucune séquelle. Donc, si on part du principe et on accepte qu'un accident a une conséquence, à ce moment-là, on s'attend à ce que, peu importe la conséquence, on informe l'usager.

Ainsi, dans le texte: «ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident», nous croyons que la transmission de ces informations à la victime permettra d'activer le processus des mesures de soutien et de réparation à l'usager. Elle permettra, entre autres, une prise en charge de la gestion et du contrôle de ce genre de situation pour en éviter la répétition.

De la façon dont nous le proposons, cet article correspondrait à l'attente 2, à l'effet que la victime doit être informée. En référence à l'attente 4, elle peut également servir de mesure de suivi à la récurrence d'un tel accident. L'amendement de cet article de loi représente, pour nous, un jalon important de changement pour l'usager.

Article 4, «tout établissement doit solliciter l'agrément», nous avons également apprécié quand on a parlé de «doit solliciter l'obtention d'agrément». Cette introduction nous plaît. L'utilisation du mot «doit» est une obligation qui vient renforcer notre position. L'article 4 est un amendement positif. L'obligation d'agrément viendra poser une évaluation sur la qualité des soins et des services et directement sur la compétence de l'établissement. De plus, le résultat sera acheminé aux personnes identifiées. L'amendement répond en partie à l'attente 5. Elle peut avoir indirectement une incidence sur la qualité et la compétence du personnel.

● (22 h 30) ●

Article 7, référence à l'article 183.1: «Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d'administration de l'établissement.» Notre crainte est à l'effet d'une diversité inéquitable des règles de fonctionnement et d'une trop grande possibilité d'être influencé par la culture organisationnelle de l'établissement. Il pourrait en découler des règles de fonctionnement différentes selon le centre hospitalier concerné, ce qui serait tout à fait injuste pour l'usager et, dans ce cas, inapproprié. Il faut que ces règles de base soient encadrées par des dispositions législatives. Leur application doit être identique dans tous les établissements, sans distinction, afin de s'assurer que toutes les règles de base soient respectées.

À l'exception des appréhensions soulevées, les amendements 183.1 et 183.2 englobent de façon positive l'attente 4 concernant la formation d'un comité de surveillance des soins de la santé. Ils ont aussi une incidence position sur l'attente 5, soit le suivi de la qualité et des compétences des médecins, infirmiers et infirmières. En référence à l'attente 6, nous proposons que le coroner, lors d'accidents médicaux évitables ayant causé la mort, soit d'office invité au comité de gestion des risques.

L'article 183.3. Nous croyons que l'objectif de cet amendement tend à protéger toute personne ayant fait une déclaration dans le cadre de la gestion des risques et également les gestionnaires et membres d'un comité de gestion des risques contre toute poursuite potentielle pouvant survenir suite à un accident médical évitable divulgué à ce dit comité. Nous craignons que cet article soutienne la philosophie du «no fault». Il serait inacceptable qu'on enlève la possibilité de responsabiliser civilement la personne ayant causé l'accident médical évitable. Nous croyons aussi qu'il est impensable de légiférer sur un tel amendement sans prévoir une disposition protégeant également le droit au recours civil, ceci ayant pour but que les victimes soient indemnisées, quelles que soient la nature, l'importance ou la gravité des séquelles subies, incluant le décès suite à un accident médical évitable.

À l'article 8... excusez... dispense pour le compte...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Martel, est-ce qu'il vous en reste pour longtemps?

M. Martel (Jean): Donnez-moi trois minutes, s'il vous plaît.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Il reste une minute, donc, ce n'est pas grave, on va l'enlever sur les temps des intervenants.

M. Martel (Jean): Ils vont comprendre. J'ai passé 24 heures à écouter tout le monde.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui monsieur.

M. Martel (Jean): Et j'ai accéléré.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Il y a consentement. Allez-y!

M. Fournier: On peut déborder.

M. Martel (Jean): Merci. Merci. Bien, c'est parce qu'on me disait d'accélérer, hein. Je vous remercie énormément.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Quand il y a consentement, monsieur, il n'y a pas de problème.

M. Martel (Jean): Alors, si je reviens à l'article 7, je vous ferai remarquer que, à cet effet, l'attente 3 mentionne: «Dans le cas de séquelles, qu'une voie juridique soit maintenue pour évaluer la relation de gravité de l'accident s'étant produit, afin d'indemniser de façon juste et équitable l'utilisateur tout en lui permettant de retrouver une dignité humaine.» Il est important de soulever, pour le débat qui va suivre, que cet article concerne deux notions et qui sont difficilement traitables dans le même article, d'après nous, c'est-à-dire la notion de responsabilité et la notion d'indemnité.

À l'article 8, dans la divulgation: «...dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, le plus tôt possible, au directeur général d'un établissement». Nous sommes en accord avec la notion «témoin défini à cette assemblée». L'utilisation des termes «doit déclarer au directeur général d'un établissement» vient légitimer nos demandes que l'on retrouve à l'article 2 concernant la divulgation à l'utilisateur. Cet article est un amendement positif concernant l'obligation de déclarer tout accident médical évitable. De plus il englobe tous les intervenants du système de santé. Il répond bien à l'attente numéro 1, concernant l'obligation à tous les intervenants concernés de faire une déclaration officielle.

À l'article 9, règles relatives à la divulgation d'un usager. Le texte de cet article a le même sens d'application que l'on retrouve à l'article 183.1, en référence aux règles de fonctionnement. Nous nous référons donc au même cheminement de pensée que nous avons énoncé à l'article 7. En résumé, pour uniformiser l'application, il serait préférable que les règles liées à la divulgation soient établies par le ministre ou son représentant et soumises à tous les établissements concernés.

L'article 9 représente un élément important par rapport aux demandes formulées par les victimes, soit à l'attente numéro 2 concernant la divulgation à l'utilisateur, à l'attente numéro 3 concernant les mesures de soutien, et à l'attente numéro 4 à l'égard de prévenir la récurrence.

En conclusion, il aura fallu plusieurs décès, plusieurs accidents causant des torts irréparables, des mois et des années de procédures bureaucratiques et juridiques par les familles éprouvées pour qu'enfin les membres de cette Assemblée soient sensibilisés à réfléchir sur des modifications à apporter à cette loi. Les modifications proposées serviront à la prévention, à l'humanisation du cheminement psychologique et à la réparation des conséquences d'accidents médicaux évitables.

Pour ces raisons, les attentes formulées par les victimes dont celle de conserver leur droit légitime à exercer des recours civils doivent recevoir une écoute attentive. Nous vous remercions en terminant

l'importance d'adopter des dispositions qui permettront à cette loi de conserver sa véritable efficacité tout en respectant la dignité de la victime. Merci de votre attention.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, je vous remercie. Je vais céder immédiatement la parole à M. le ministre délégué. M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Oui. Mme la Présidente, je vous remercie. J'aimerais vous remercier, M. Martel, de même que les personnes qui vous accompagnent. Vous avez été effectivement assidus. Je pense que ça témoigne bien de l'importance que vous accordez à ces travaux et à cette pièce, ce projet de loi. Moi, en tout cas, je suis heureux de constater que le projet de loi répond, au départ, à plusieurs de vos attentes et je peux vous assurer que je transmettrai effectivement à mes collègues le message que vous leur formulez d'entrée de jeu, là, au début de votre présentation.

J'aurais plusieurs questions à vous poser, j'irai rapidement parce que je sais que mes collègues en ont également. Bien sûr, en tant que représentant des victimes d'accident évitables, vous souhaitez donc manifestement maintenir la possibilité de recours dans le contexte que vous avez expliqué. Ceci étant dit, dans l'éventail des situations qui peuvent se présenter, est-ce qu'il y a certaines situations où le «no fault» pourrait être envisagé, envisageable?

M. Martel (Jean): Vous savez que l'approche du «no fault»...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Martel.

M. Martel (Jean): Excusez. Quand vous parlez du «no fault», les intervenants précédemment ont parlé de l'assurance... de l'accident automobile. Et, si je ne trompe pas, on remet en question le «no fault» parce qu'on veut leur permettre maintenant de poursuivre des criminels qui sont victimes; et l'indemnité aussi, je pense qu'elle est à revoir. Je ne pense pas qu'il faut créer une vache à lait, là, avec l'indemnisation. Et c'est pour ça que, tantôt, quand on parlait à l'article 2 et on parle à l'article 7, quand on parle de définition d'accident et d'incident, si, au départ, on acceptait tous la notion qu'un incident ne doit pas être rapporté parce qu'il n'a pas de conséquence...

Moi, ma crainte là-dedans était que, si on rapportait tous les incidents, on devenait un petit peu comme alarmiste auprès de l'utilisateur. On l'informait, et ma crainte était que certains abuseurs puissent dire par après: Vous m'avez informé, j'ai maintenant un traumatisme psychologique et je vais demander une indemnité. Si ça n'a pas de conséquence, qu'on le consigne pour le Comité de surveillance des soins de la santé, mais qu'on ne le divulgue pas à l'utilisateur; il n'y a pas eu de conséquence. S'il y a des conséquences significatives avec des séquelles, moi, ce que je me dis: Le grand débat là-dedans, c'était, au départ, la difficulté à la victime de faire reconnaître qu'il y avait un accident médical évitable. Ce grand débat là va être maintenant

terminé. On va obliger les gens à le reconnaître. Donc, au niveau juridique, il n'y aura plus de débat de reconnaissance.

Ce que je comprends du problème — et peut-être que je le comprends mal — c'est qu'il y a trois grands acteurs là-dedans. Il y a deux compagnies d'assurances et il y a le gouvernement qui souscrit au niveau des prorata des cotisations. Bien, je pense que, quelque part, il y a eu des fusions de grandes compagnies pour le bien-être de la population, pour le bien-être financier. Je pense que les trois grands joueurs pourraient s'asseoir ensemble et définir un modèle.

Quand je disais tantôt... Nous, ce qu'on dit, c'est: Le Comité de gestion des risques et le... — on parlait du CMDP — on disait qu'il y a des rôles qu'il va falloir clarifier. Quand on dit qu'il doit y avoir des règles de base définies, c'est là qu'il faut définir clairement ces rôles-là. Nous, ce qu'on pense, c'est que la responsabilité de la faute médicale devrait être traitée à ces niveaux-là et non traitées dans une poursuite.

Je pense que, s'il y a un encadrement professionnel de fait et s'il y a des intervenants qui font des erreurs à répétition, les ordres et les systèmes mis en place vont autogérer ces gens-là, ils vont bien les encadrer. Je pense qu'on doit faire confiance que le système va aller dans cette voie-là, au niveau de l'imputabilité de la faute professionnelle. Laissez aller à ce moment-là, dans un recours civil, le débat de dire: Moi, j'ai une séquelle qui est grave. Parce que, au niveau des accidents, on le disait, ils n'ont pas tous la même gravité, ils ont des gravités différentes, tant au niveau de l'intervention qu'au niveau de la séquelle. Et laissons le loisir ou le jugement à une tierce partie de juger de l'indemnité en fonction de la faute commise et de la gravité de la séquelle en regard de la faute commise.

C'est dans cette orientation-là que, nous, on aimerait que la problématique d'indemnisation soit regardée. Est-ce que c'est clair?

M. Bertrand (Portneuf): Oui, c'est très clair.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Je pense c'est une excellente précision.

M. Martel (Jean): Vous savez...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Martel.

M. Martel (Jean): Je veux juste apporter un complément et je ne sais pas si ma réflexion, elle est bonne. Monsieur a dit à un moment donné, a posé une question à M. Fournier en disant: Est-ce que les médecins en cabinet ne pourraient pas être attachés à un hôpital?

Je pense que l'hôpital doit être responsable de son personnel. Donc, s'il faut focuser sur quelque part — et on se dit où on va focuser — attachons les gens à des établissements et on poursuivra des établissements pour la faute commise à l'égard de l'indemnité.

C'est une suggestion. Je ne sais pas si elle est bonne, mais elle peut être envisagée, je pense.

● (22 h 40) ●

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Une question de clarification. Vous suggérez... vous demandez que le coroner soit présent d'office lors d'un accident causant un décès.

M. Martel (Jean): Oui. Lors d'un décès.

M. Bertrand (Portneuf): Oui. Effectivement, effectivement. Ceci étant dit: Est-ce que ce serait vraiment un plus que de l'associer directement et dès le début, dans la mesure où il me semble qu'il y a quand même une distance par rapport, par exemple, à la gestion, au processus de gestion du risque au sein de l'établissement?

M. Martel (Jean): Regardez bien...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Un instant, s'il vous plaît. Avez-vous terminé, M. le ministre?

M. Bertrand (Portneuf): Oui, bien...

M. Martel (Jean): Excusez, M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): ...je pense que M. Martel a bien compris. Le coroner à un travail très particulier à faire. Et il a, je pense, obligation de s'assurer qu'il travaille avec tout le détachement possible par rapport à l'avis de l'établissement, d'une certaine façon, pour pouvoir porter le jugement le plus objectif possible.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Martel.

M. Martel (Jean): O.K. Moi, je vais prendre le cas de Mme Perreault, ici, comme je pourrais peut-être prendre le mien, mais peut-être que le sien est plus approprié à ce que vous dites. Lorsqu'il y a un décès, le coroner fait des recommandations, et ses recommandations sont envoyées. On sait ce que ce n'est qu'une recommandation. On peut en tenir compte comme on peut l'oublier.

Parce que, comme parent ou comme victime, quand notre enfant décède d'une injection massive d'un produit dangereux et qu'on se rend compte au bout de deux ans qu'on n'a rien fait dans ce sens-là, je pense que c'est grave. Par contre, si le coroner, à ce moment-là, était d'office lors de décès et expliquait de façon pointue pourquoi il fait telle recommandation, peut-être que le comité de gestion des risques s'assurerait que ses recommandations vont être mises à exécution le plus tôt possible. C'est dans ce sens-là qu'on veut qu'il participe à ces comités-là et c'est pour ça qu'on ne veut pas qu'il soit toujours d'office, seulement lors de décès, de causes de décès.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le ministre, ça va?

M. Bertrand (Portneuf): Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Vachon.

M. Payne: Oui. Votre témoignage est puissant, vrai et profond, et je pense qu'il n'est pas un parlementaire ou quelqu'un qui vous écoute qui puisse rester indifférent. Vous avez assisté depuis le début des travaux, vous avez entendu beaucoup. Pour vous, ce n'est pas un exercice académique, mais une épreuve inimaginable. Je pense qu'il faut enregistrer, nous, comme parlementaires, notre profonde compréhension de votre situation.

M. Martel (Jean): Parce qu'un jour elle sera la vôtre, peut-être. Je ne vous le souhaite pas.

M. Payne: Je n'ai pas compris.

M. Labbé: Parce que ça pourrait être le nôtre.

M. Payne: Oui, oui.

M. Martel (Jean): Mais je ne vous le souhaite pas.

M. Labbé: Mais non.

M. Payne: C'est ça.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Vachon, est-ce que...

M. Payne: J'arrive à ma question. Nous avons entendu la présentation de la Fédération des spécialistes du Québec — je prends un seul exemple, il y en a plusieurs — où, par exemple, ils disent que, pour eux, la question de déclaration qui devient obligatoire dans le projet de loi, ils la rebaptisent à leur façon: une «délation». Ils rappellent que la délation volontaire est toujours possible et qu'un gestionnaire a la responsabilité de contrôler la qualité de l'équipe, les membres de son équipe et des membres de son association. J'ai beaucoup de difficulté avec la philosophie qui sous-entend ça parce que c'est plus qu'une philosophie, c'est une culture, je pense. Est-ce que, en révisant cette culture-là, on s'adresse vraiment au point central du virage ambulatoire, moderniser notre système de la prestation des services qu'on veut donner?

La Fédération des médecins spécialistes du Québec dit aussi que, en ce qui concerne la proposition, lors de tout accident ou incident survenu au cours de la prestation de services médicaux par une autre personne que le médecin, l'établissement a l'obligation d'aviser le plus tôt possible le médecin traitant, et ce médecin traitant a alors la prérogative, disent-ils, mais pas l'obligation d'en informer personnellement son patient.

Vous, comme témoin principal dans ce drame terrible, que pensez-vous de cette opinion?

M. Martel (Jean): O.K.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Martel.

M. Martel (Jean): Je vais répondre et, si je n'ai pas bien compris, vous m'apporterez une précision. Moi, c'est sûr que comme victime, et avec les gens avec qui je suis, ici, aujourd'hui, l'obligation de divulguer, elle est sine qua non pour nous autres, on ne peut pas passer à côté de ça.

Où je me rassemble à certaines idées qui ont été émises, quand on dit: l'obligation de divulguer, il ne faut pas que ce soit nécessairement par le médecin traitant parce qu'il y a beaucoup d'émotions à l'intérieur de ça, O.K., et il faut faire attention parce qu'on parlait de notion d'accident et d'incident à ce moment-là. Et j'aimais la philosophie et on aimait tous la philosophie qui était amenée, de dire: Soyons prudents. Oui, le médecin qui a fait ou la personne intervenant qui a fait, la personne qui a été témoin directement ou la personne subséquente par les soins prodigués qui a conscience qu'un accident a été produit au préalable, moi, je suis d'accord que ce soit dans cet ordre-là que ces gens-là aient l'obligation de divulguer. Mais il n'est pas question qu'on laisse le loisir aux gens de choisir si on divulgue ou pas et que le médecin décide de lui-même s'il divulgue ou pas. Je pense qu'il y a un ordre dans lequel... qui a été énoncé par plusieurs, qui est acceptable pour la population. L'intervenant direct, celui qui est témoin directement ou celui qui relève et par ses fonctions se rend compte qu'a été commise une faute, je pense que tous ces gens-là doivent avoir l'obligation de divulguer. Est-ce que ça répond clairement à votre question?

M. Payne: Très bien.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Vachon.

M. Martel (Jean): Et pour nous, ce n'est pas une délation.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Vachon.

M. Payne: J'ai... Quant à toutes les questions qui sont soulevées à l'égard de la lourdeur administrative provoquée par les recommandations du projet de loi envisageables, que pensez-vous?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Martel.

M. Martel (Jean): Bien, vous savez, on a toujours les craintes des lourdeurs administratives. Mais, au Québec, on a des craintes sur n'importe quoi. Donc, commençons par mettre de l'avant un projet qui a de l'allure et, là-dessus, on vous fait confiance. On vous a regardés aller comme équipe depuis deux jours et je vous reviendrai avec une conclusion là-dessus tantôt. Mais arrêtons d'avoir peur puis mettons de l'avant des choses concrètes pour la population.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, ça va?

M. Payne: Je vous remercie beaucoup.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Merci, M. Martel. Je cède maintenant la parole au député de Châteauguay, M. le député.

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. Vous connaissez mon rituel. Maintenant, à mon tour de vous souhaiter la bienvenue. Pour vous, ce sera un petit peu différent. Comme mes collègues, j'ai constaté que vous êtes là depuis le début. Je vais vous dire: Le plus important de votre présence ici, tant qu'à moi, en tout cas, n'est pas vraiment le mémoire que vous avez déposé, c'est votre présence du premier moment jusqu'au dernier, évidemment dû au fait que vous êtes des parents de victimes, mais votre présence nous a tous interpellés à chaque fois, vous étiez juste en arrière et vous étiez toujours dans l'angle de vision.

Moi, j'ai une petite fille qui va avoir bientôt cinq ans et, un peu pour reprendre ce que vous disiez tantôt, je me mettais dans ces souliers-là et j'ai été ému pour dire le moins, bouleversé, en fait, et je suis heureux de participer — je vous le dis de façon égoïste — je suis heureux de participer à un moment comme celui-là où, comme législateur, on sent qu'on peut peut-être faire quelque chose. Mais je suis surtout heureux de constater qu'il y a des citoyens qui décident de jouer le jeu de dire: on peut améliorer, même s'ils ont passé une expérience abominable et qui passent encore à travers une expérience... c'est une expérience qui ne se termine pas. Et je veux vous dire toute l'importance de ce que vous avez fait et pour nous, je pense, que c'était très important.

Il y a des messages que vous passez dans votre mémoire qui sont importants, je vous dirais même qu'il y en a plusieurs qui m'amèneraient à faire des points partisans. Je ne vais pas les faire par respect pour vous, bien qu'il y ait des points importants, qu'il y a des liens à faire, que ce n'est pas partisan pour de la petite partisanerie, c'est qu'il y a des points à faire, mais je pense que ce serait déplacé que de les faire à ce moment-ci. Néanmoins, je veux vous dire que certains des éléments que vous avancez, ne serait-ce que pour ce qui est des conséquences significatives de certains des éléments, je pense que vous en savez déjà peut-être plus que moi sur ce que je pense parce que vous nous avez tellement suivis, mais je peux vous dire que je partage votre point de vue.

● (22 h 50) ●

Je voudrais juste, peut-être, profiter du fait que vous êtes là parce qu'une autre des personnes qui est avec vous à la table, je l'avais interpellée sur votre mémoire dès le début et c'est sur le «no fault». Et j'aimerais que vous me disiez pourquoi, pour vous — puis je vous pose la question dans vos souliers que vous avez, celui de parents — pourquoi, pour vous, c'est important qu'on maintienne une recherche juridique de responsabilité dans ce débat sur le «no fault» qui existe sans doute à l'état latent depuis un bon bout de temps, mais on en parle de plus en plus?

Même certains prétendent que le projet de loi amène à ça, et vous intervenez de façon catégorique. Et c'est votre point de vue de parents que je veux entendre: Pourquoi, pour vous, ayant passé encore à travers cette expérience-là, c'est important qu'il y ait encore cette possibilité de recherche de liens avec la responsabilité?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Martel.

M. Martel (Jean): O.K. Je vais prendre un autre cas qui me vient à l'esprit pour l'illustrer. J'ai rencontré voilà à peu près un an et demi, à l'Hôpital du Sacré-Coeur, un nommé M. Sekhri qui, suite à une erreur médicale reconnue par son médecin, s'est fait souder la colonne. M. Sekhri n'a pas encore 40 ans, trois enfants, professeur et condamné pour le restant de ses jours à être branché sur un respirateur et condamné à ne plus bouger.

Quand je regarde le «no fault», je me dis: Je ne pense pas qu'on indemniserait cette personne-là de façon juste et équitable et qu'on lui permettrait, avec un «no fault», de continuer sa vie dans une dignité humaine. C'est là-dessus que je fais référence quand vous dites: C'est quoi, vos souliers? C'est ça.

C'est que le «no fault», nous, on ne vise pas une indemnité, je l'ai dit tantôt, pour être une vache à lait. Mais on veut avoir la chance, quand il y a des cas très graves, qu'il y ait une indemnité qui soit en conséquence. Et, pour nous, la meilleure voie, c'est de conserver le recours civil.

M. Fournier: Donc, c'est le lien d'indemnisation qui... On aurait pu — et je vais vous faire commenter là-dessus — on aurait pu prétendre que la recherche du lien juridique fait en sorte d'éviter, entre guillemets — je fais attention comment je le dis mais — une déresponsabilisation à l'égard de la pratique.

Je ne dis pas que c'est ce que ça entraînerait, mais on peut imaginer ça. Est-ce que c'est quelque chose qui vous habite aussi comme étant un des éléments nous empêchant de faire un geste vers le «no fault»?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Martel.

M. Martel (Jean): On l'a soulevé un petit peu tantôt. Exactement, il y a deux préoccupations. Un, c'est la déresponsabilisation face à l'imputabilité de la faute professionnelle. Mais, si on veut bien faire avancer le dossier dans ce sens-là, moi, je ne pense pas que, si on commence à dire que chaque personne qui va déclarer une erreur médicale, parce qu'il est obligé de le faire, qu'automatiquement c'est lui qui va être pris puis qui va être emmené en cour. Je ne pense pas qu'on va faciliter la divulgation.

Ce qu'on dit, c'est: Dissociez les deux. Comme usagers, ce qu'on souhaite... Et c'est pareil aujourd'hui. Moi, dans la poursuite de mes objectifs, dont celui-ci qui est prioritaire... Et le système m'a amené à poursuivre. Mais savez-vous à quel point c'est difficile à accepter que, pour régler la mort de votre enfant, ça devienne un débat d'assureurs et que l'assureur, lui, a deux objectifs: réduire la responsabilité de l'acte et évaluer le moins cher possible la vie humaine?

Et, nous, comme parents qui venons de perdre un enfant, ce qui nous est le plus cher au monde, on doit mettre tout ça de côté pour dire... Et ma femme m'a amené cette réflexion-là. Elle n'a pas été... beaucoup de

difficulté à continuer le débat en disant: J'ai de la misère à être obligée de monnayer la vie de mon enfant.

Mais le système actuel, c'est ça qu'il impose aux gens parce que, pour faire reconnaître, il faut poursuivre. Je vous l'ai dit tantôt: La reconnaissance, elle va être faite par la divulgation. Il y a une grosse partie de débat émotive qui va se régler là. La responsabilisation et l'imputabilité de la faute professionnelle, amenez-les aux organismes professionnels ou aux comités de gestion des risques qui encadrent de façon rigoureuse.

Et ce n'est pas toujours les médecins ou les infirmiers qui sont fautifs. Ça peut être des processus, ça peut être des façons de faire, ça peut être l'organisation. Mais un médecin qui va être divulgué quatre fois pour avoir causé des gestes médicaux évitables, je ne pense pas que les intervenants ne l'encadreront pas quelque part. Donc, les gens vont trouver cette satisfaction-là à ce niveau-là. Mais laissez-nous le recours collectif pour l'analyse de la gravité de la faute en fonction des séquelles subies.

M. Fournier: Je vous remercie.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay, ça va. Mme la députée de Joliette. Ah! c'était beau. Alors, M. Martel, les gens ont compris votre message. On vous a laissé du temps pour une conclusion.

M. Martel (Jean): Oui, merci, Mme la Présidente. Je ne voudrais partir sans souligner quelqu'une des réalisations qui ont été faites au cours des trois dernières années. Parce que la population qui suit le dossier via les médias a souvent une tendance à dire: Il ne se passe rien, jusqu'au moment où ils ont entendu parler de la commission parlementaire.

Nous voulons souligner que, au départ, quand, nous, on avait adressé des lettres autant au ministère de la Santé, autant aux ordres professionnels, autant aux hôpitaux, on ne recevait pas d'accusés de réception rapidement. J'ai été obligé de m'adresser au premier ministre du temps, M. Lucien Bouchard, pour recevoir un accusé de réception 45 jours après mon premier envoi. On peut vous dire que, depuis ce temps-là, toutes les personnes qui nous ont contactés, le message s'est passé — Mme Perreault est là pour en témoigner. Nathalie l'a fait. Maintenant, quand une personne adresse une demande de suivi suite à une erreur potentielle médicale évitable, les gens reçoivent au moins un accusé de réception dans les 10 jours. Nous trouvons ça respectueux de le faire.

Suite aux décès de nos enfants qui se sont passés, surtout Mme Perreault et moi, à l'Hôpital du Sacré-Coeur, il y a eu une enquête de l'Ordre des infirmiers et infirmière et du Collège des médecins; en sont sortis environ 47 recommandations de modifications des processus opérationnels ou au niveau des effectifs. À ce jour, 40 des 47 recommandations sont réalisées. Également, il a été mentionné, et c'est vrai, ici, l'amendement au Code de déontologie du Collège des médecins concernant l'obligation de divulgation, qui précède le projet de loi.

Et, finalement, lors de cette assemblée, M. Bertrand, M. Fournier, Mme Lespérance, nous tenons à

souligner votre désir commun de démontrer, sans partisanerie politique, lors de cette commission parlementaire, à l'effet de donner à cette loi sa véritable efficacité. Notre souhait le plus cher, c'est que vous continuiez l'avancement — parce que vous allez le continuer sans nous — l'avancement de ce dossier dans la même philosophie. Et, ça, ce sera respecter vos électeurs pour bientôt. Là-dessus, merci, bonne fin de soirée à tout le monde.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, mesdames, messieurs, merci pour votre participation assidue aux travaux de cette commission. Je peux vous faire une suggestion par ailleurs. Puisque vous êtes le dernier groupe que nous rencontrons... Je vais attendre un peu, parce que je pense que...

Alors, écoutez, je m'excuse, ce n'est pas fini, non. La commission n'a pas terminé ses travaux. Je peux vous suggérer quand même, puisque vous êtes le dernier groupe et que vous avez assisté à l'ensemble de nos travaux, de pouvoir demeurer en place; nous allons poursuivre avec les remarques...

Mémoire déposé

Oh! avant de faire les remarques finales, c'est vrai, j'ai à déposer le mémoire du Barreau du Québec pour le rendre public bien sûr et pour que les membres puissent y avoir accès.

Remarques finales

Alors, je passerais donc immédiatement la parole à la députée de Joliette. Je vous rappelle, Mme la députée, que vous avez une possibilité de cinq minutes sur vos remarques finales. Alors, Mme la députée.

Mme Sylvie Lespérance

Mme Lespérance: Mme la Présidente, ça a été vraiment une commission riche en émotions de toutes sortes, par rapport à différents témoignages que nous avons eus tout au cours de la commission: témoignages de victimes; témoignages de gens de terrain qui vivent au quotidien avec la réalité du système, du système de santé québécois qui n'est pas parfait, mais on est dans une bonne voie pour l'améliorer.

● (23 heures) ●

Et je pense que tout le monde, tous les gens qu'on a entendus ont tous, tous, la même constance, c'est-à-dire: le client doit être au centre de tout le processus de soins, puisque, de toute façon, c'est la raison d'être au niveau de chacun de nos établissements et c'est la raison d'être de tout le système. En tout cas, au niveau de ma formation politique, on l'a bien entendu, et je suis convaincue que toutes les recommandations qui ont été faites, on va pouvoir en tenir compte. Ce n'est pas sûr qu'on va être capables de satisfaire tout le monde, O.K., mais je pense qu'effectivement vous avez soulevé qu'on est ici dans un processus non partisan, où on veut vraiment faire avancer les choses, et c'est vraiment de l'intention de tout le monde.

Donc, en terminant, je voudrais remercier tous les gens, tous les organismes et tous les intervenants

qu'on a entendus au cours de cette commission. Vous avez fait un travail remarquable. Vous avez déposé et vous avez alimenté le sujet des discussions futures, qu'on va avoir, là, au cours des jours où on va commencer à réfléchir article par article puis amener des modifications en fonction des différentes recommandations que les différents groupes ont amenées. Alors, merci beaucoup.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, merci, Mme la députée de Joliette. M. le député de Châteauguay. Je vous rappelle que vous avez 15 minutes pour vos remarques finales.

M. Jean-Marc Fournier

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. Je ne les prendrai pas toutes. J'ai l'impression d'avoir fait suffisamment de remarques durant les trois journées où nous avons été réunis ici. Je vais essayer de reprendre en gros, en commençant peut-être par un élément vraiment beaucoup plus général sur la difficulté du projet de loi, je dirais.

Les gens ont beaucoup parlé de changement de culture. On peut penser à une culture institutionnelle, des façons de faire, tout ça. Mais, dans le fond, c'est encore plus profond que ça, hein? Dans la nature humaine, là, on ne peut pas dire qu'on a une tendance à reconnaître notre faute. Là je ne parle pas du système de santé, je ne parle pas d'un médecin, je parle de la vie de tous les jours. Certains même nous rappellent souvent qu'en politique c'est encore plus vrai. Mais la politique, comme pour la vie, c'est la même chose, c'est la même tendance, c'est que la nature humaine est faite comme ça. On ne s'en va pas nécessairement dans la direction de: Ah! j'ai commis une faute. Alors, quand on parle de changement de culture et quand on place les attentes à l'égard d'un projet de loi, il faut aussi considérer dans quel environnement on le fait. Ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas faire des démarches pour y arriver, mais ça ne veut pas dire qu'il ne faudra pas non plus renoncer à la marche parce qu'on s'aperçoit qu'elle est longue. Elle sera longue. Elle sera longue. D'arriver à un moment où on comprend que reconnaître sa faute, c'est améliorer un état de fait...

Vous aurez participé, par votre présence, à peut-être changer la culture institutionnelle. Espérons que la réflexion que vous nous faites faire, qu'on pourra peut-être propager, nous inspirera dans l'ensemble de nos comportements quotidiens, et pas juste dans le domaine de la santé. Peut-être qu'il y a des leçons à apprendre de tous les côtés. Et je pense que ça aussi, c'est un mérite qu'on peut vous reconnaître, d'avoir été avec nous. Et je pense que, pour la suite des choses, il faudra se souvenir de cette difficulté-là. Je pense que, dans ce sens-là, le projet de loi fait des choses intéressantes.

Il y a des amendements qui sont prévisibles. Ça, je pense que c'est assez clair. On en a déjà parlé, que ce soit la constatation plutôt que la connaissance, la divulgation des accidents. J'ose espérer que ce sera la divulgation des accidents. Est-ce qu'on va préciser ses conséquences? Est-ce que ses conséquences... quelles que soient les conséquences? Mais disons qu'on fait un compromis: les incidents, on ne les divulgue pas, mais

tous les accidents, eux autres, on les divulgue. Je pense que c'est de reconnaître que, dès qu'il y a une conséquence... Difficile. De toute façon, qui sommes-nous pour décider, subjectivement, pour la personne qui subit une conséquence, si elle significative ou pas? Pour certains, ça peut l'être. D'ailleurs, j'ai toujours tendance à penser que ce l'est toujours plus pour la victime que pour la personne extérieure. C'est évident. C'est la personne qui la subit qui vit le plus cette conséquence. Alors, je pense que, là-dessus aussi, on va probablement s'entendre, espérons-le, sur une modification.

Il y a des réflexions qu'il faudra poursuivre, notamment sur le processus de divulgation. Les pharmaciens en ont parlé, l'Association des hôpitaux aussi, on se disait: Bien, ce n'est peut-être pas dans un projet de loi, c'est peut-être dans des règlements, c'est peut-être dans des... qu'il y ait une façon de faire, là, pour que la divulgation soit la mieux faite qui soit. Parce que c'est bien beau — moi, je retiens ça, entre autres — de divulguer, encore faut-il que la divulgation ne cause pas elle-même, à son tour, un autre préjudice. Alors, moi, je pense que ça nous interpelle. Je ne dis pas qu'il faut faire du mur-à-mur, mais des fois ça prend quand même quelques guides.

Je reste saisi de la problématique des centres jeunesse. Je dois avouer que je suis très mal pris, et on pourra en reparler peut-être dès l'ouverture de l'étude article par article. Ce n'est pas évident. Puis non seulement ce n'est pas évident, mais, en plus, on ne peut pas dire que c'est un domaine où on a une fiche parfaite pour ce qui est des jeunes au Québec. Il y a des difficultés puis il y a de plus en plus de signalements. Puis ce n'est pas évident non plus au niveau des places d'hébergement, les «caseloads» sont très chargés. Alors, je pense qu'il faut prendre ça en ligne de compte.

Je termine avec évidemment le bout du projet de loi qui, à mon avis, n'est pas là, c'est le petit bout qui interpelle le gouvernement. On y touche un peu avec la possibilité d'un registre central. Et tantôt on disait: Oui, qu'il soit public, qu'il y ait une façon... Je pense que dans l'ensemble c'est suffisamment documenté de toute façon. Même, dans votre mémoire, vous touchez à un des éléments comme ça. Assurons-nous qu'il y a du monde, assurons-nous qu'il y a des équipements.

On ne peut pas non plus faire comme si ça ne concernait pas le gouvernement ce qui se passe dans les établissements. C'est drôle, parfois, j'écoutais un peu tout ce qui se passait pendant les trois jours, j'avais l'impression que c'était un peu désincarné, là: il peut y avoir des accidents qui peuvent être le fait d'un individu, mais c'est souvent le fait d'un individu ou de plusieurs individus parce qu'ils pratiquent dans un environnement sur lequel ils n'ont pas nécessairement le contrôle. Alors, on ne peut pas leur demander, à eux, de tout pouvoir chambarder si des éléments de contrôle sont ailleurs. Et, si tant est que le réseau est bâti sur des partenaires, j'ai toujours pensé que des partenaires, c'était le gouvernement. Alors, ce n'est pas... Je pense que cet élément-là a été un peu occulté et je vais certainement tenter, lors de l'étude article par article, d'essayer d'amener un moyen d'interpeller le gouvernement aussi. À mon avis, il n'y a pas que le conseil d'administration qui a à être interpellé, le gouvernement doit être saisi de ces choses-là.

Souvent, le caractère public du registre va amener un débat, un débat public, vous le savez. C'est souvent, malheureusement. Mais c'est comme ça, la vie, aussi, c'est souvent des crises qui font qu'il y a des événements qui se passent. Puis, encore une fois, si c'était des crises confidentielles et secrètes, il ne se passerait pas grand-chose. Il y a des crises qui sont publiques et là qui emmènent un courant d'opinion qui dit: Il faut agir. Je pense que la transparence a cette vertu-là, c'est qu'elle force le mouvement, elle force des changements de comportement. Et je pense que cette transparence doit... Pour reprendre le mot «divulgarion», on doit divulguer le plus de choses possible, que ce soit au niveau de l'établissement ou au niveau du gouvernement. Alors, on va donc continuer à l'étude article par article à faire ce débat.

Je veux juste en terminant — puisque vous êtes restés parmi nous — vous dire que je pense bien — je peux le dire sans me tromper — que nous serons tous animés du même esprit que celui que vous avez pu voir au cours des dernières journées. Et on continuera de vous voir avec nous lorsqu'on va faire ce débat-là article par article, et vous allez certainement nous accompagner jusqu'au vote final. Et j'espère que ce petit bout de travail que nous faisons vous permettra de retrouver un certain sens à la démarche que vous avez faite. Et, en tout cas, je vois ma contribution, comme député à cette commission, comme étant la possibilité de participer à une pièce législative qui va améliorer le sort des Québécois, mais peut-être aussi de vous lever mon chapeau en même temps, et de le faire de la façon la mieux possible. Encore une fois, merci beaucoup.

● (23 h 10) ●

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Merci, M. le député de Châteauguay. Je vais donc maintenant céder la parole à M. le député de Vachon.

M. David Payne

M. Payne: On dit souvent, Mme la Présidente, que la vraie politique, ça se fait plutôt en commission, et c'était d'autant plus vrai, à mon avis, cette fois-ci. Lorsqu'on étudie, lorsqu'on regarde le titre de la loi, comme députés, qui dit qu'il s'agit de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, je dirais ça à mes électeurs, et ils diraient: C'est quoi, cette affaire-là? Cette affaire-là par contre est au cœur de nos vies quotidiennes. On a vu depuis quelques jours que nous sommes tous touchés, que ce soient les professions, que ce soient les acteurs, que ce soient les clients. Et nous avons vu que c'était un peu plus qu'une consultation, c'était beaucoup plus une audition, dans le vrai sens du mot, d'entendre les témoignages, les opinions, toutes respectueuses, je pense. Et nous, comme parlementaires, c'était beaucoup plus une discussion qu'un débat, encore moins un débat contradictoire, et d'autant plus enrichissant pour ce fait.

On a entendu les mots, à travers les mémoires et les présentations, «institution», «régime», «système», «mission publique», la notion d'accréditation professionnelle ou autres notions. Mais, derrière tout cela, il faut se rendre compte qu'il y a une réalité, c'est la personne qui, dans ma philosophie, doit se situer en plein milieu

de l'acte médical, pas en bout de ligne, pas au début, mais en plein milieu, pour que tout ce qui se passe là, ça passe à travers et concerne le patient ou le client. Parce que, au plus simple mot, c'est le client qui est le payeur, c'est lui qui se donne une assurance, c'est lui qui procure des services via le paiement, et cette responsabilité qu'assume l'individu doit trouver une corrélation dans la responsabilisation des acteurs qui sont au service des clients. Je voudrais aussi, donc, que le gouvernement prenne acte de tout ce qui se dit depuis quelques jours et que nos amendements puissent refléter ce qui a été senti et représenté aussi, et reflété, soulevé par les députés, dans le vrai sens du parlementarisme, et puis j'ai toute confiance que ça va être le cas.

En terminant, je voudrais saluer l'habituelle convivialité de travailler avec le député de Châteauguay et la députée de Joliette, en attendant la reprise de la discussion article par article. Je vous remercie, et je vous remercie également.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Merci, M. le député de Vachon. Alors, M. le ministre, c'est donc votre tour pour vos remarques finales.

M. Roger Bertrand

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Mme la Présidente. J'aimerais d'emblée, effectivement, adresser mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui sont venues nous faire bénéficier de leur éclairage, de leurs, parfois malheureuses, expériences, mais qui peuvent nous aider à viser encore plus juste dans cette pièce législative. Nous avons eu des présentations, des témoignages vraiment très porteurs, qui nous aideront certainement à améliorer ce projet de loi.

Tout comme vous, M. Martel, je rappellerais certains gestes qui ont été posés depuis quelque temps, là, qui me donnent espoir pour la suite, par exemple, la création d'un groupe permanent d'experts, le Groupe national d'aide à la gestion des risques et à la qualité. Aussi, bravo aux modifications au Code de déontologie des médecins obligeant la divulgation au patient, ça progresse, et notamment aussi le projet de loi qui nous retient ici aujourd'hui.

Les travaux de cette commission-là, pour moi, c'est vraiment aussi un changement. Effectivement, on a parlé beaucoup de changement de culture, mais je pense que ce n'est pas le terme approprié. Moi, j'espère que ça va être porteur d'un changement d'atmosphère dans nos organisations, un peu d'air frais puis presque un changement d'âme, au sens un peu latin du terme, de façon à ce qu'on puisse animer différemment, relativement à ces questions-là, nos milieux, et les ouvrir aussi, les ouvrir bien davantage. Alors, un pas de plus donc, important, de bonnes suggestions qui sont faites et qui seront considérées pour bonifier le projet de loi.

J'en donne quelques exemples. Certainement la question des définitions des termes, par exemple accident, incident et d'autres. La création d'un registre national des incidents, accidents et, j'espère aussi, en collaboration et en tenant compte des indications de la Commission d'accès à l'information aussi bien sûr. Est-ce que ça doit se faire par loi ou par un geste administratif? Je pense qu'on est ouverts à ce moment-ci. Moi, en

tout cas, je n'ai certainement pas campé une solution précise.

Plus de précision également dans les fonctions du comité de gestion de risques et son rôle au regard d'autres comités au sein de l'établissement. Une plus grande confidentialité pour une gestion plus efficace des risques.

Et d'autres points aussi. Modifier l'avis à la régie régionale à chaque épisode par une procédure plus souple. On a parlé aussi — je n'étais pas là — de référence à l'usager inapte. Enfin, il y aura un suivi par rapport à cette question-là aussi. Bien sûr la situation particulière du côté de la protection de la jeunesse qu'on va examiner de près, et on vous reviendra avec des développements là-dessus.

Et je vois, moi, de bons consensus chez les parlementaires ici, autour de la table. On s'entend que les objectifs de la loi sont certainement justifiés, tout à fait louables, l'esprit de la loi étant de protéger le public, le patient ou l'usager. Ça doit être le centre et la raison de nos travaux et du système de soins. Et un projet de loi qui est nécessaire pour, donc, apporter ces bienfaits aux usagers.

Le porte-parole de l'opposition parlait d'un petit bout qui manque, peut-être qu'il manque moins qu'on le pense. Enfin, je lui suggérerais simplement de se rappeler l'article 13, je pense, du projet de loi, qui a pour effet notamment d'ajouter une nouvelle fonction ministérielle, soit celle de prendre des mesures propres à assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. C'est peut-être peu, mais c'est peut-être aussi, si on en précise le sens, par cet intermédiaire-là qu'on peut faire écho aux préoccupations de notre collègue porte-parole de l'opposition officielle.

Brièvement, j'aborde la question de l'indemnisation des victimes. C'est un sujet pas facile et pour les victimes et pour leurs proches, on en est tout à fait conscients. Et, si on peut apporter un baume ou leur faciliter la vie, tant mieux, c'est ce que nous souhaitons. Nous verrons donc à apprécier cette question-là de près. Est-ce qu'on devrait envisager ou pas un régime d'indemnisation sans égard à la faute? Dans certains pays, ça existe. Les opinions sont partagées là-dessus. Votre opinion, M. Martel, est très claire, et on reçoit votre présentation avec beaucoup d'intérêt.

Donc, c'est une chose qu'il va falloir trancher et examiner de près, ce que commençait à examiner d'ailleurs un groupe comme CIRANO. Mais c'est une question complexe, et on n'a pas l'intention de la traiter à la légère. Est-ce qu'il y a moyen d'assouplir le processus actuel? On sait qu'il y a notamment un cloisonnement important entre les fonds d'assurance, et ça entraîne des délais importants. On a demandé donc à un groupe de travail d'étudier cette question attentivement puis de nous faire des recommandations. Et on ne souhaite qu'une chose par rapport à ces processus-là, c'est de faciliter la vie des victimes et de leurs proches.

Et, en conclusion, je pense que ce but qui est visé par le projet de loi, la gestion des risques, ce n'est certainement pas une chasse aux sorcières ni la recherche de coupables à blâmer ou à punir, mais la prévention et la réduction des activités évitables dans la prestation des soins et des services. Ce qu'on recherche

aussi, c'est une sécurité accrue pour le patient, un meilleur contrôle de la situation des accidents par les professionnels de la santé et également par les établissements, les régies, le ministère et le ministre lui-même.

• (23 h 20) •

Alors, c'est sur cette perspective que je souhaite terminer, en vous disant que, moi, je le souhaite véritablement. Si on travaille bien, si on travaille fort, avec l'esprit ouvert, je pense qu'on pourrait arriver à se faire un beau cadeau de Noël, tout le monde. Et je souhaite véritablement qu'on puisse adopter ce projet de loi là, sous réserve bien sûr de tout le travail qu'on a à faire avant les Fêtes. Merci encore une fois à tout le monde qui contribue, les parlementaires, les gens qui nous assistent, ceux qui viennent réagir audit projet de loi et le bonifier par leur prestation, donc remercier tout le monde pour leur excellente collaboration. Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, à mon tour de remercier le secrétaire de la commission, bien sûr les gens qui nous ont accompagnés durant tous ces travaux.

Et, à en juger par l'intérêt... à en juger par la collaboration qu'on a eue des parlementaires... C'est toujours intéressant pour la présidence — je suis sûre que ma collègue dirait la même chose que moi — on a eu une excellente collaboration de l'ensemble de nos membres. Alors, à en juger par cette excellente collaboration, je pense que vous pouvez voir qu'il y avait un intérêt marqué, sérieux, et qu'on a l'intention bien sûr... Même que je vous dirai plus que ça, je sens qu'on a quasi hâte de poursuivre les discussions. On est dedans, là, alors ça devrait se faire assez rapidement.

Alors, merci. Merci bien de votre présence aussi. Alors, là-dessus, je vais donc... Puisque nous avons complété notre mandat d'audience, je vais donc ajourner les travaux sine die.

(Fin de la séance à 23 h 21)