



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 10 mars 2004 — Vol. 38 N° 39

Consultation générale sur le projet de loi n° 38 — Loi
sur le Commissaire à la santé et au bien-être (2)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 10 mars 2004 — Vol. 38 N° 39

Table des matières

Auditions (suite)	1
Conseil pour la protection des malades (CPM)	1
Regroupement des comités d'usagers des centres hospitaliers	11
M. Marc Boulanger	21

Autres intervenants

M. Russell Copeman, président

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
Mme Charlotte L'Écuyer
M. Camil Bouchard
M. Daniel Bernard
Mme Lucie Charlebois
M. Claude Bachand

- * M. Paul G. Brunet, CPM
- * Mme Majorie-Élisabeth Talbot, idem
- * M. Jean-Marie Dumesnil, regroupement des comités d'usagers des centres hospitaliers
- * M. André Poirier, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 10 mars 2004 — Vol. 38 N° 39

**Consultation générale sur le projet de loi n° 38 — Loi
sur le Commissaire à la santé et au bien-être (2)**

(Neuf heures trente-six minutes)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît, chers collègues! Alors, ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle — et ce n'est pas un conseil, mais c'est plutôt une règle non écrite — que l'usage des téléphones cellulaires est interdit dans la salle.

Je vous rappelle le mandat. Je sais que les parlementaires sont au courant, mais parfois les gens qui assistent à nos réunions ne le sont pas. Nous sommes réunis afin de poursuivre la consultation générale et les auditions publiques sur le projet de loi n° 38, Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être.

Nous avons trois groupes à entendre ce matin. Nous débiterons dans quelques instants avec le Conseil pour la protection des malades, qui sera suivi, à 10 h 30, par le regroupement des comités d'usagers des centres hospitaliers, et nous terminerons aujourd'hui nos travaux avec Me Marc Boulanger, à 11 h 30. Sans plus tarder, M. Brunet...

La Secrétaire: ...

Le Président (M. Copeman): Ah, pardon! Excusez-moi. Bien sûr. Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Valois (Joliette) va être remplacé par M. St-André (L'Assomption).

Auditions (suite)

Le Président (M. Copeman): Merci. Maintenant, sans plus tarder, M. Brunet, Mme Talbot, bienvenue. Vous n'êtes pas à votre première expérience devant une commission parlementaire. Je sais que vous connaissez comment ça fonctionne, mais je vous le rappelle simplement. Question de temps, vous avez un temps d'une durée maximale de 20 minutes pour faire votre présentation, qui sera suivie par un échange avec les parlementaires de 20 minutes de chaque côté de la table. Sans plus tarder, en vous souhaitant la bienvenue, je vous demande de débiter votre présentation.

Conseil pour la protection des malades (CPM)

M. Brunet (Paul G.): Merci, M. le Président. M. le ministre, messieurs dames les membres de l'Assemblée, je vais demander à Me Majorie Talbot, ma collègue du conseil, de vous faire un bref résumé du mémoire, par la suite peut-être conclure et ensuite être ouvert aux questions de l'Assemblée.

Le Président (M. Copeman): Alors, Me Talbot.

Mme Talbot (Majorie-Élisabeth): Oui. Alors, dans un premier temps, je vais brièvement vous rappeler quel est le mandat de notre organisme et par la suite je vais aborder quelques points du projet de loi n° 38 critiqués par le CPM.

Alors, tout d'abord j'aimerais décrire brièvement l'organisation et le mandat du CPM. Le Conseil pour la protection des malades, c'est un organisme privé sans but lucratif qui regroupe actuellement quelque 300 comités d'usagers. Le mandat du CPM est de promouvoir les droits et les intérêts des personnes malades, âgées, handicapées, psychiatisées ou hébergées en établissement de santé. Pour ce faire, le CPM offre un service d'information et de support aux usagers ainsi qu'aux comités des usagers qui lui sont affiliés. En effet, il importe pour le CPM d'assurer aux comités d'usagers une assistance continue afin de leur permettre de réaliser leur propre mandat. Cette assistance se traduit en pratique sous forme d'assemblées générales, de journées de formation, d'un service d'information et de support ponctuel, de documents d'information et, depuis deux ans, sous forme d'un colloque annuel, colloque auquel le CPM fut heureux d'accueillir le ministre Couillard à l'automne dernier.

● (9 h 40) ●

Voyons maintenant les principales critiques du projet de loi n° 38 tel que vu par notre organisme. Premièrement, concernant la nomination du Commissaire par le gouvernement et non par l'Assemblée nationale. Le projet de loi n° 38 prévoit, à son article premier, la nomination du Commissaire à la santé et au bien-être par le gouvernement et non par l'Assemblée nationale. Le CPM est d'avis qu'afin d'obtenir des avis objectifs et indépendants portant sur notre système de santé et de services sociaux le gouvernement doit avoir la volonté politique de rendre le Commissaire à la santé et au bien-être indépendant. Le gouvernement, en accordant cette autonomie au Commissaire, ferait preuve d'un réel souci de transparence en permettant à la population québécoise d'être saisie d'une information objective concernant son système de santé et de services sociaux. Le Commissaire à la santé doit être libre de soumettre à l'Assemblée nationale et non au ministre ses propres conclusions et propositions. Son indépendance serait ainsi reconnue auprès de la population québécoise, et ceci ferait en sorte de lui donner la crédibilité nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

À propos de la nomination du Commissaire, le CPM recommande donc que le Commissaire à la santé et au bien-être soit nommé par l'Assemblée nationale, que cette nomination, pour être valide, soit approuvée par les deux tiers des membres de l'Assemblée nationale et que le Commissaire à la santé et au bien-être ne puisse être destitué que par une résolution de l'Assemblée nationale approuvée par les deux tiers de ses membres.

Passons maintenant au point 2, reddition de comptes à la population. À notre avis, la transparence du

gouvernement à l'égard des décisions prises en matière de santé et de services sociaux est garante de sa crédibilité et au sein de la population et auprès des usagers du système de santé québécois. L'institution d'un Commissaire à la santé et au bien-être indépendant qui assure une reddition de comptes impartiale à la population est un signe important de la responsabilisation du gouvernement en matière de santé et de services sociaux. En effet, une évaluation publique et indépendante de notre système de santé permettra à la population québécoise de mesurer l'impact réel des décisions gouvernementales et du même coup responsabilisera le gouvernement face à ses politiques en matière de santé et de services sociaux. La population doit donc être saisie de l'évaluation de son système de santé par l'entremise de l'Assemblée nationale et non du ministre. Cette façon de procéder donnera de la crédibilité à la fonction de Commissaire et permettra aux usagers du système de santé québécois de croire en l'impartialité de ses rapports, de ses évaluations ainsi que de ses propositions.

À propos de l'obligation de rendre compte du Commissaire, le CPM recommande donc que le Commissaire à la santé et au bien-être relève exclusivement de l'Assemblée nationale.

Passons maintenant au point 3, à savoir aux fonctions du Commissaire à la santé et au bien-être. Plus particulièrement, passons à la fonction que l'on retrouve à l'article 10, paragraphe 1^o du projet de loi. L'article 10, paragraphe 1^o du projet de loi n^o 38 prévoit que le Commissaire doit apprécier périodiquement les résultats obtenus par le système de santé et de services sociaux. Le CPM est d'avis que la fonction d'appréciation du Commissaire telle que prévue au projet de loi devrait être plus explicite et beaucoup moins discrétionnaire. Effectivement, à la lecture du projet de loi, le Commissaire n'est pas dans l'obligation d'effectuer de telles appréciations périodiques. Il possède le pouvoir discrétionnaire de décider si une telle évaluation est nécessaire afin de remplir adéquatement les responsabilités qui lui sont confiées.

Le CPM aurait souhaité que l'on retrouve au projet de loi n^o 38 l'obligation pour le Commissaire de procéder à des appréciations périodiques du système de santé et de services sociaux. Entre autres, il aurait été souhaitable de retrouver au projet de loi l'obligation d'apprécier périodiquement le système de traitement des plaintes une évaluation immédiate afin de le rendre plus du réseau de la santé, système qui à notre avis requiert efficace.

D'autre part, en ce qui concerne les moyens utilisés par le Commissaire afin d'effectuer de telles appréciations périodiques, le CPM souhaiterait retrouver au projet de loi des façons concrètes et efficaces pour ce faire. Par exemple, le CPM, suite à sa participation aux visites d'appréciation des CHSLD du Québec, encourage la formation d'une équipe permanente, sous la supervision du Commissaire, qui serait appelée à effectuer la vérification continue de la qualité des soins et services en CHSLD, en centre de réadaptation et en centre hospitalier de soins psychiatriques.

Sur ce point, le CPM recommande donc que le Commissaire soit dans l'obligation d'effectuer des appréciations périodiques du système de santé et de services sociaux, que le Commissaire soit dans l'obligation d'effectuer

des appréciations périodiques de certains processus problématiques du système de santé et de services sociaux, notamment du système de traitement des plaintes, et que certains moyens d'appréciation du système de santé soient expressément prévus au projet de loi, notamment qu'une équipe visiteuse permanente soit appelée à apprécier de façon continue les soins et services dispensés en CHSLD, en centre de réadaptation et en centre hospitalier de soins psychiatriques.

Voyons maintenant la fonction du Commissaire que l'on retrouve à l'article 10, paragraphe 3^o du projet de loi. Donc, en ce qui concerne l'obligation du Commissaire que l'on retrouve à cet article, à savoir de rendre publiques certaines informations ayant trait à notre système de santé et de services sociaux, le CPM aurait souhaité y retrouver un engagement plus ferme d'information à la population. Quelle va être l'obligation du Commissaire face à la population alors que le projet de loi lui exige de rendre publiques les informations permettant un débat au sein de la population sur les enjeux et les choix nécessaires à la viabilité du système de santé? Certaines informations vont-elles être gardées sous silence si le Commissaire juge qu'elles ne permettront pas de débat au sein de la population ou encore parce qu'il ne s'agit pas d'un choix nécessaire à la viabilité du système de santé? À notre avis, l'engagement du Commissaire auprès de la population devrait être beaucoup plus ferme. Nous devrions retrouver en des termes explicites l'information à laquelle la population québécoise aura droit dans le cadre de cette nouvelle loi.

Par ailleurs, en ce qui concerne la diffusion de l'information recueillie par le Commissaire dans le cadre de ses fonctions, nous aurions souhaité que certains mécanismes concrets de diffusion de cette information soient prévus dans la loi. De quelle façon cette information sera-t-elle diffusée à travers la population? À notre avis, la responsabilité de diffuser adéquatement cette information pourrait être déléguée à un organisme de défense des droits des patients indépendant, par exemple au Conseil pour la protection des malades. Le CPM pourrait travailler en collaboration avec le Commissaire afin d'assurer la diffusion à la population de l'information nécessaire à la compréhension des grands enjeux en matière de santé et de services sociaux.

Sur ce dernier point, le CPM recommande donc que soient davantage définies les modalités de diffusion de l'information à la population, à savoir dans quelles circonstances et de quelle manière sera diffusée cette information, et que certains mécanismes concrets de diffusion de l'information soient prévus au projet de loi, notamment que soit confié au CPM le mandat d'assurer la diffusion de l'information auprès des usagers du système de santé québécois.

Voyons maintenant la fonction du Commissaire que l'on retrouve à l'article 12 du projet de loi. L'article 12 du projet de loi n^o 38 exige que le Commissaire donne un avis sur la façon la plus adéquate pour le ministre et les établissements d'informer la population des droits qui lui sont reconnus par la loi en matière de santé et de services sociaux. À cet égard, le CPM veut tout simplement souligner qu'il serait bon que cet avis porte non seulement sur la diffusion des droits que l'on retrouve à la LSSSS, mais sur l'ensemble des droits reconnus en matière de santé et de services sociaux. Effectivement, il

ne faudrait pas laisser de côté les droits reconnus dans d'autres lois, tels la Loi sur la protection... dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, le Code civil du Québec, les lois sur l'accès à l'information ou encore la Charte des droits et libertés de la personne.

D'autre part, en ce qui concerne la façon la plus adéquate d'informer la population des droits qui lui sont reconnus en matière de santé et de services sociaux, le CPM se propose afin d'assumer le mandat d'informer la population de leurs droits et responsabilités en tant qu'usagers du système de santé. Le CPM serait prêt à élargir son mandat d'information à l'ensemble de la population afin de garantir la diffusion et la compréhension des droits et responsabilités des usagers à travers la province de Québec. Le CPM pourrait agrandir son équipe juridique et mettre sur pied un groupe de professionnels se déplaçant à travers la province et ayant pour mandat d'informer la population de leurs droits et responsabilités en matière de santé.

Sur ce dernier point, le CPM recommande donc que l'avis du Commissaire prévu à l'article 12 du projet de loi porte sur la façon la plus efficace d'informer la population des droits qui leur sont reconnus non seulement par la LSSSS, mais par toute la législation portant sur la santé et les services sociaux; que le mandat d'informer la population de leurs droits reconnus en matière de santé et de services sociaux soit accordé au CPM, organisme reconnu et indépendant ayant déjà ce mandat auprès des usagers du système de santé québécois.

● (9 h 50) ●

Abordons maintenant le dernier point critiqué, à savoir les pouvoirs du Commissaire. Le CPM constate que le Commissaire à la santé et au bien-être bénéficie de pouvoirs suffisants afin de procéder à l'évaluation des différentes facettes et problématiques de notre système de santé. Cependant, le projet de loi nous laisse perplexes quant aux modalités d'application de ce pouvoir. Le Commissaire va-t-il utiliser ses pouvoirs seulement à la demande du ministre, de sa propre initiative ou encore à la demande de tout citoyen québécois? Le Commissaire va-t-il utiliser ses pouvoirs en anticipation de situations préjudiciables ou encore agira-t-il seulement en amont, en réponse à des préjudices déjà réalisés? Ne devrait-on pas définir davantage les situations dans lesquelles le Commissaire à la santé et au bien-être sera appelé à intervenir?

D'autre part, le Commissaire ne pourrait-il pas être doté de pouvoirs d'intervention aussi explicites que ceux conférés au Protecteur du citoyen? À ce titre, le Commissaire pourrait ou, encore mieux, devrait, chaque fois qu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne ou un groupe de personnes a été lésé ou peut vraisemblablement l'être par l'acte ou l'omission d'un acteur du réseau de la santé, intervenir auprès de cet acteur afin de veiller à ce qu'une telle situation ne se répète pas. En effet, le Commissaire pourrait avoir... devrait avoir le pouvoir d'intervenir auprès de tous les acteurs du réseau de la santé, notamment auprès du ministère de la Santé, des agences de développement des réseaux locaux, du Protecteur des usagers ainsi que des établissements de santé. Également, le Commissaire devrait avoir des pouvoirs de recommandation auprès de ces différents acteurs et, dans le cas qu'aucune mesure satisfaisante ne soit prise afin de remédier à une situation

préjudiciable, avoir le devoir d'en faire un rapport immédiat au gouvernement ainsi qu'à l'Assemblée nationale. En somme, le Commissaire à la santé et au bien-être doit avoir les pouvoirs nécessaires pour faire en sorte que les droits des usagers du système de santé québécois soient finalement respectés.

Enfin et toujours en ce qui a trait aux pouvoirs du Commissaire, notons que le projet de loi n° 38 prévoit, à son article 14, que le Commissaire peut — et non doit — tenir des audiences publiques à tout endroit au Québec. Le CPM est d'avis que le Commissaire devrait être dans l'obligation de tenir de telles audiences publiques. Le gouvernement devrait saisir cette opportunité afin de donner l'occasion à la population et plus particulièrement aux usagers du système de santé d'être régulièrement entendus sur les politiques de santé et de services sociaux québécoises. Ceci permettrait sans aucun doute un meilleur dialogue entre les instances gouvernementales et les usagers du système de santé.

En ce qui concerne les pouvoirs du Commissaire, le CPM recommande donc que soient définies les modalités d'application des pouvoirs du Commissaire à la santé et au bien-être, que le Commissaire soit doté de pouvoirs d'intervention et de recommandation au même titre que le Protecteur du citoyen, que soient expressément prévus au projet de loi les différents acteurs auprès desquels le Commissaire pourra exercer ses pouvoirs et que le Commissaire soit dans l'obligation de tenir des audiences publiques.

Alors, voici en quoi consistent les principales observations et critiques du CPM en ce qui concerne le projet de loi n° 38. Je vais maintenant passer la parole à Me Brunet.

Le Président (M. Copeman): Me Brunet.

M. Brunet (Paul G.): Je ne sais pas combien de temps il nous reste, M. le Président, mais...

Le Président (M. Copeman): Il vous reste cinq minutes.

M. Brunet (Paul G.): Bon. Alors, trois éléments en fait qui ressortent de par mes observations un peu plus personnelles. En fait, disons-le tout de suite, il ne faudrait pas que la prochaine institution qu'on voudra créer dans ce gouvernement ou dans l'État québécois soit encore caractérisée, avouons-le, malgré toute la bonne foi, la détermination et l'extrême bon travail de toutes les personnes qui oeuvrent dans d'autres organismes voués de près ou de loin au respect des droits, à cette forme de tiédeur, quand arrivent des crises, à laquelle on a été trop souvent confrontés, nous, au CPM. Il est temps, je pense d'avoir une certaine indépendance, un regard plus indépendant, plus extérieur au fonctionnement du réseau de la santé et à une critique constructive. C'est pour ça qu'on vous faisait les propositions que Me Talbot vous faisait tantôt.

Deuxièmement, au strict plan, je dirais, de la littérature, on a un problème au niveau de la reddition de comptes et plus généralement de la notion d'imputabilité qu'on veut créer dans ce projet de loi là. Vous ne pouvez pas avoir quelqu'un d'imputable à l'interne puis quelqu'un d'imputable à l'externe. Il va falloir décider. La notion

d'imputabilité est soit externe, soit interne. Présentement, il est nommé par le ministre, il se rapporte éventuellement au ministre, puis en même temps il y a comme une volonté de vouloir faire en sorte qu'il soit imputable quelque part au public, mais on ne sait pas comment, puis on ne sait pas quand, puis on ne sait pas si ça va lui tenter à chaque fois de l'être. Alors, à ce plan-là, je vous soumets que la notion d'imputabilité qui semble transpirer ou inspirer ceux qui ont écrit ce projet de loi là devrait être révisée parce que ça ne répondrait pas à notre avis à certains critères de la littérature en matière de notion d'imputabilité.

Le dernier élément, en ce qui a trait à une certaine forme de partenariat proposée par notre organisme, bien j'ai regardé les orientations du Conseil du trésor en matière de PAPP, partenariat d'affaires public-privé, et je vous soumets qu'à plusieurs égards, sinon à tous égards le projet qui vous est soumis aujourd'hui rencontre à plusieurs points les critères proposés par le Conseil du trésor pour l'avènement de quelque chose d'extrêmement innovateur qui s'appellerait un partenariat d'affaires avec un organisme comme le nôtre.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, pour débiter l'échange, le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Me Talbot, Me Brunet, bienvenue. Heureux de vous revoir à nouveau. J'apprécie vos commentaires de même que les contacts fréquents que nous avons autour de plusieurs dossiers. Sur le plan du statut du Commissaire, hier, nous avons indiqué dès le début des travaux que nous sommes ouverts aux suggestions qui nous ont été faites, dont le type de nomination que vous recommandez par l'Assemblée nationale. C'est quelque chose qui va faire l'objet d'une réflexion, je dirais, très approfondie au cours et après la commission parlementaire.

Je voudrais d'abord parler de la question des équipes de visiteurs dans les CHSLD parce que vous y faites allusion dans votre mémoire. Je crois que c'est une des façons les plus porteuses d'apprécier, d'améliorer en fait — pas juste d'apprécier, améliorer — la qualité des soins dans ces institutions-là en raison de la composition mixte des équipes, auxquelles vous participez d'ailleurs et auxquelles vous donnez la grande crédibilité qu'elle a actuellement. Et effectivement nous songeons à rendre ce mécanisme de visite permanent.

Cependant, là où j'aurais un problème avec ce que vous recommandez, j'ai peut-être mal compris, mais vous sembliez recommander que ces équipes de visiteurs dépendent du Commissaire. Or, le but premier de ces équipes, c'est de dépister immédiatement des situations inacceptables et d'amener le gouvernement et l'élu ou les instances du réseau de la santé à agir immédiatement. Il nous apparaît donc plus souhaitable que ces équipes de visiteurs soient directement en lien avec le gouvernement, et les autorités, et le réseau de la santé si on veut que des actions correctrices soient prises immédiatement.

M. Brunet (Paul G.): J'ai envie de vous dire, M. le ministre, que, de par les expériences très récentes que nous avons vécues, je vous le concède, il y a eu des

actions et des réactions assez rapides, même si ces équipes-là éventuellement relèvent du gouvernement. Mais je ne vois pas pourquoi il ne pourrait pas y avoir une action ou une réaction aussi rapide du Commissaire et certainement un gage, sauf respect, plus grand d'indépendance éventuellement dans d'autres situations.

M. Couillard: Bien, c'est là que l'écueil... un des écueils que je mentionnais hier se trouve. C'est que vous ne pouvez pas confier à un organisme de ce type-là une fonction exécutive dans le réseau de la santé, parce que, là, on a une duplication manifeste puis une érosion de l'imputabilité des élus, quel que soit le parti politique qui occupe le gouvernement, là. Pour ce qui est de notre point de vue, je crois qu'il est partagé par plusieurs. L'imputabilité finale de l'action en réponse à des problèmes ou des situations de crise revient au gouvernement élu. Et là, d'après moi, il y a une contradiction entre ce principe et ce que vous venez d'énoncer.

M. Brunet (Paul G.): En fait, ce n'est pas tellement... En tout cas, de la façon avec laquelle on voit le Commissaire, plus généralement, ce n'est pas tellement que ce dernier agisse, mais s'assure, vérifie, à la limite dénonce ce qui se passe pour que les gens qui ont la responsabilité, notamment l'exécutif qui, lui, est imputable, répondent éventuellement et que les choses se passent.

Je vous donne un exemple très concret. En regard de certaines actions que vous connaissez qui ont été posées par le gouvernement, et de situations, et de problèmes très précis, nous, au CPM, on va s'assurer — et je comprends que vous le faites aussi, mais — que les cas qui ont été soulevés aient fait l'objet d'un suivi, de plaintes, éventuellement de sanctions. Il ne faudra pas que ça se... — excusez l'expression — que ça se bureaucratise. Alors, il y a des actions qui doivent être prêtes, qui doivent être prises. Il y a des familles qui attendent anxieusement que les choses soient corrigées et qu'on le sache. Et ça, c'est un des gages à notre avis du succès non seulement de ces inspections-là, mais éventuellement de tout le système de plaintes et de cette probité-là que l'on recherche à améliorer dans le réseau de la santé.

M. Couillard: Encore que je pourrais argumenter avec vous que le but premier d'un système d'amélioration et de vigie de la qualité, le but premier fondamental n'est pas de sanctionner. Le but est d'améliorer la qualité des soins. Et il ne faut pas non plus en faire une organisation policière, là. Avec tout le respect que j'ai pour les forces policières, je ne pense pas que c'est le but qu'on doive poursuivre.

● (10 heures) ●

Vous avez évoqué la question des droits des usagers et la déclaration de leurs droits, et je reconnais également le fait qu'il y a des droits des usagers qui sont écrits dans d'autres lois que la Loi sur la santé et les services sociaux. Je pense que c'est une bonne remarque de votre part. Moi, je parle toujours des droits et des responsabilités quand je parle de cet élément-là, là, et vous omettez la partie responsabilité. Est-ce que vous considérez qu'elle doit être omise ou vous le faites pour d'autres raisons?

M. Brunet (Paul G.): Non, nous avons bien mentionné les droits et les responsabilités des usagers dans le réseau, M. le ministre. C'est dans le texte.

M. Couillard: La question maintenant des plaintes. Ce que vous décrivez ou recommandez, c'est que le Commissaire fasse l'appréciation du système d'étude des plaintes, ce que nous partageons, mais nous ne pensons pas qu'il devrait intervenir lui-même personnellement dans l'évaluation et l'étude des plaintes qui relèvent du Protecteur ou de la Protectrice des usagers, que nous voulons garder séparé du Commissaire. Est-ce que vous avez des commentaires à ce sujet?

M. Brunet (Paul G.): Nous sommes d'accord avec vous. Cela n'empêche pas que, à notre avis, je pense, l'institution du Protecteur des usagers ne devrait pas être plus indépendante. Pourquoi l'institution du Protecteur des usagers, qui est l'organisme ultime de suivi et de traitement des plaintes, doit-il relever de celui dont, entre autres, il est chargé de vérifier les actions, que ce soit le ministre ou... C'est des établissements qui relèvent de... Il y a quelque chose là qui ne marche pas. Et, sauf respect pour les gens qui en font partie et d'autres organismes aussi — je le disais tantôt, puis M. Baptiste Châtelain, dans *Le Soleil*, le disait ce matin — il faut arrêter que ceux qui sont nommés par quelqu'un et qui sont chargés de vérifier ce qu'il fait finissent par devoir lui rendre compte à lui. Il y a quelque chose d'incestueux là-dedans. Et c'est ça qu'il faut améliorer.

Je ne dis pas que tout est mauvais, non, il y a un très bon travail qui est fait. Mais, en situation de crise... Bien honnêtement, à part nous autres, je n'en ai pas vu beaucoup pour dénoncer des situations critiques, graves, où, là, on n'entendait plus personne parler. Rappelez-vous les trois jours des grèves des spécialistes, à l'automne et à l'hiver derniers. Il n'y avait plus personne pour parler de qui que ce soit ou de quoi que ce soit, même le Collège des médecins; le plus loin qu'il est allé, c'est de dire qu'il trouvait ça malheureux. Bien, ce n'est pas comme ça qu'on protège l'intérêt et la santé du public. Il faut le dénoncer, il faut le dire haut et fort, et ça, à part un organisme indépendant comme le nôtre... Je ne dis pas qu'on ne se sentirait pas nous-mêmes aussi dépendants. Nous sommes pauvres, mais nous sommes indépendants. Je présume que c'est le gage ou le prix à payer pour l'indépendance.

M. Couillard: Bien sûr, M. le Président, le CPM a une cause de recours collectif devant les tribunaux, donc il faut être prudents dans nos commentaires, là. Mais on admettra que la question des arrêts de travail dans le système de santé, quel que soit le type de professionnel ou de travailleur qui y a recours, pose à mon avis un problème fondamental de morale et d'éthique. Et on se souviendra que je n'ai pas été le dernier à dénoncer ce que vous avez mentionné tantôt lorsque les événements se sont produits.

J'aimerais, pour terminer, puis je vais céder la parole par la suite à mes collègues parlementaires... Il y a un point qui m'a intéressé grandement lorsque vous avez mentionné que l'obligation d'apprécier le système telle que décrite actuellement dans le projet de loi est générale, et vous souhaiteriez que les objets

spécifiques de cette vérification soient énoncés de façon explicite. Est-ce que vous pourriez nous donner des exemples des objets de vérification que vous voudriez voir inscrits dans le texte de loi si éventuellement on le faisait?

Mme Talbot (Majorie-Élisabeth): Par exemple, il pourrait y avoir une appréciation périodique, comme on l'a mentionné, du système de plaintes, qui serait un peu plus précise que d'apprécier globalement le système de la santé. On voudrait que les points qui vont être appréciés soient plus clairement définis dans la loi pour qu'ensuite il y ait un suivi justement sur ces points-là et puis qu'il y ait une information à la population sur des points spécifiques et non que ce soit global. On veut être capable de lire un projet de loi et de savoir en quoi le Commissaire va-t-il apprécier, comment, et de quelle façon, et qu'est-ce qu'il va apprécier dans le système de la santé. Outre le système de plaintes, il y a certainement d'autres situations qui nous viennent en tête. Par exemple, la situation des urgences, ça, c'en serait une autre. Est-ce qu'il ne devrait pas y avoir une appréciation périodique de la situation des urgences pour qu'il y ait un suivi là-dessus, pour qu'il y ait des réponses à la population et aux usagers du système à ce propos-là? Donc, c'est un peu... À part de ça, Me Brunet?

M. Brunet (Paul G.): J'aurais le goût de vous dire que généralement il y a beaucoup plus de précisions à apporter dans le projet de loi en termes de responsabilités du Commissaire, sur la périodicité, sur son obligation de le faire et certainement sur les différents indicateurs, entre guillemets, de performance du réseau de la santé, bon, qui existent. C'est ça qui est ironique, c'est qu'on n'a jamais vu autant de...

Bon, moi, j'oeuvre quotidiennement dans le monde municipal. On vous envie, vous autres, dans le réseau de la santé d'avoir autant d'indicateurs de performance. C'est ironique qu'il y ait autant de critiques. Il y a des choses qui fonctionnent bien, là. Ne jetons pas le bébé avec l'eau du bain. Mais comment peut-on avoir autant d'indicateurs de performance puis avoir autant de critiques en même temps? Ça me rappelle une employée à Saint-Charles-Borromée — je m'excuse de revenir avec ça — qui m'a dit, le soir du décès de Léon Lafleur: Je ne comprends pas, moi, ma job était faite. C'est ça qui est triste, tout le monde fait sa job, puis des fois le système ne marche pas. Alors, c'est ça qu'il faut essayer de corriger. Et c'est comme ça, en précisant un peu plus le rôle notamment du Commissaire, je pense, qu'on va y arriver.

M. Couillard: Je pense que ce que vous avez décrit reflète tout le défi des services publics, particulièrement en santé, où les attentes sont par définition infinies, là. Je pense que d'arriver à un jour où personne ne se plaindra dans le réseau de la santé, ça me semblerait, sinon idyllique, peut-être utopique. Alors, je souhaiterais maintenant céder la parole à mes collègues parlementaires.

Le Président (M. Copeman): J'ai tendance à aller, oui, oui, par l'alternance. Mme la députée

d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais souhaiter la bienvenue à Me Brunet et à Me Talbot. Vous êtes parmi les premiers qui présentent un mémoire devant la commission parlementaire. Votre point de vue est celui d'un organisme qui se consacre à la promotion et à la défense des droits des usagers depuis 30 ans, et, vous le dites bien d'ailleurs, c'est avec un regard des usagers que vous avez apprécié, si vous voulez, le projet de loi n° 38.

Je ne sais si je fais erreur, mais j'ai l'impression que l'attente que vous avez est à l'effet que ce ne soit pas simplement un mandat ou une fonction d'évaluation mais d'amélioration. Moi, quand j'ai pris connaissance de votre mémoire, j'ai pensé que c'était ce qui différencierait vos attentes du projet de loi qui est devant nous, hors le fait évidemment de l'indépendance donc de cette personne qui va devoir rendre des comptes plus à la population qu'au ministre. Alors là, là-dessus, vous avez été très éloquents quand vous dites, par exemple, à la page 9 de votre mémoire: «Qui oserait imaginer un vérificateur général nommé par le ministre des Finances et devant se rapporter à lui?» Et vous avez aussi d'autres exemples, y compris la fonction de Commissaire à l'éthique au niveau fédéral, et vous dites: «Le Commissaire à la santé ne doit pas être perçu comme le conseiller personnel du ministre de la Santé et des Services sociaux.» Alors, et il en va de la dépolitisation du réseau, y compris lorsqu'un avis est donné. Moi, j'aimerais ça vous entendre sur vos attentes en matière d'amélioration. J'ai l'impression que c'est là finalement où il y a, disons, une différenciation importante.

M. Brunet (Paul G.): En fait, nos attentes sont à la mesure de tout ce qu'on a lu et entendu à partir du printemps dernier, hein, sur le projet qu'avait le Parti libéral d'avoir un commissaire indépendant. Je n'ai jamais lu autant de choses et entendu autant de choses sur quelque chose d'extraordinaire. Je me rappelle encore avoir vu le programme du Parti libéral et un texte d'un des candidats, qui est aujourd'hui ministre de ce gouvernement-là, sur l'importance de dépolitiser la job de ce commissariat-là. Alors, c'est extraordinaire. On avait beaucoup d'attentes finalement, on espérait beaucoup, et voilà que nous avons été déçus à cet égard-là. J'ai le goût de vous dire que c'est un peu avec les idées qui avaient été déployées à ce moment-là qu'on a forgé notre idéal d'un commissaire ou d'une commissaire générale à la santé et que c'est ce pourquoi nous sommes déçus aujourd'hui. Maintenant, je pense que, Majorie, vous aviez quelque chose à ajouter.

Le Président (M. Copeman): Me Talbot, oui.

Mme Talbot (Majorie-Élisabeth): Nous, en fait, notre grande question, c'est: En quoi le Commissaire à la santé et au bien-être va-t-il améliorer la santé et le bien-être de la population? Je pense qu'on retrouve ça dans les notes explicatives du projet de loi, et c'est notre grande question. Le projet de loi ne nous donne pas grand-chose qui va nous dire que la santé et le bien-être de la population québécoise vont être améliorés par

l'institution de ce Commissaire. Alors, nous, on a décidé... bien, on a décidé... on a proposé de donner des pouvoirs d'intervention et de recommandation au Commissaire, parce qu'on se demande, sans ces pouvoirs-là, comment ça va changer les choses dans le système de la santé.

• (10 h 10) •

M. Brunet (Paul G.): Si vous lisez la loi qui institue le Conseil québécois de la santé et la Loi sur le Conseil médical, je m'excuse, là, mais, à la grande majorité d'entre eux, vous retrouvez là les pouvoirs que l'on veut désormais confier au Commissaire. Peut-être sauf le pouvoir du commissaire enquêteur, à quelques lignes près, on retrouve dans le projet de loi n° 38 à peu près les mêmes affaires qu'on avait et qu'on a déjà dans les deux lois créant les deux institutions que l'on veut regrouper. Je veux dire, voulions-nous, veut-on vraiment améliorer des choses? Honnêtement, là, littéralement parlant et pour s'en remettre au texte, il n'y a pas grand-chose de neuf, sauf le pouvoir d'enquêter puis de contraindre les gens à témoigner éventuellement.

Mme Harel: Vous le dites dans votre mémoire, à la page 4, ça semble être une réorganisation du Conseil santé et bien-être et du Conseil médical et non pas la création d'un vérificateur de la santé, comme il avait été annoncé et comme vous l'auriez souhaité.

Il y a un aspect: Comment améliorer? Je pense qu'on est tous de bonne foi puis on est tous conscients que la population attend une certaine vigilance permanente. À la page 13, vous dites: Il faut «la formation d'une équipe permanente, sous la supervision du Commissaire à la santé et au bien-être, qui serait appelée à effectuer la vérification continue de la qualité des soins et services en CHSLD, en centres de réadaptation — c'est ce que réclament aussi, je pense, hein, toutes les associations en déficience intellectuelle — et en centres hospitaliers de soins psychiatriques». Alors donc, vous dites...

Est-ce que je comprends que... Ce n'est pas par une enquête... Parce que certains, comme vous le savez, demandent une enquête publique, hein, une grande enquête publique. Et le ministre a choisi une vérification dans les CHSLD, ce qu'on appuie. Vous semblez aussi dire: Oui, c'est la façon de faire, mais il faut que ce soit élargi, pas juste aux CHSLD, centres de réadaptation puis centres hospitaliers de soins psychiatriques, mais, vous dites, il faut que ce soit continu et rattaché au Commissaire. À ce moment-là, le Commissaire pourrait faire un avis. Le ministre peut le suivre ou pas. Mais, quand le ministre va agir, ce serait dépolitisé, comme il le voulait à ce moment-là, ou en tout cas le souhaitait, ou le prétendait l'été dernier. Alors donc tantôt, parce que le ministre disait: Oui, mais on ne peut pas mélanger l'exécutif et, si vous voulez... Mais, à ce moment-là, l'exécutif aurait toujours, si vous voulez, son pouvoir de suivre ou pas l'avis, mais l'avis, lui, viendrait de quelqu'un d'indépendant.

M. Brunet (Paul G.): Oui, et surtout il serait public, hein, l'avis ne serait pas juste de nos ministres qui décideraient ce qu'ils feraient avec. Mais il faut, et de façon plus philosophique, il faut sortir non seulement de sa torpeur, mais de ce silence institutionnalisé qui est à mon avis archaïque et anachronique, qui vient

peut-être, là, du bon vieux système où ce que le médecin — sauf respect pour eux, là — disait, on n'en parlait pas, puis il n'y a personne qui contestait ça, puis... Alors, on sort un peu de ce silence-là, on aère les choses, on aère les unités.

C'est pour ça que, quand on dit: Il faut que les proches se rapprochent des leurs pour aller les visiter, il faut que les comités d'usagers aient des yeux, pas comme une police, j'appelle ça une bienveillante vigilance, respectueuse du personnel, respectueuse de l'administration, mais que les gens sachent qu'on est là. Nous autres, à chaque fois qu'on a su ou que l'on a observé que les gens dont on savait qu'ils avaient de la visite, qu'ils avaient des parents, c'est drôle, il y a moins d'abus, il y a moins de négligence. Alors, c'est ça qu'on veut transposer à l'ensemble du système.

Il faut que le monde sache qu'on les aime, on les appuie, on les appuie dans leur travail, que ce soient les préposés ou les professionnels, mais il faut qu'on sache qu'il y a de l'information qui circule. Il ne faut plus que ça prenne un an pour savoir pourquoi quelqu'un est tombé dans une douche, parce que la ridelle était défectueuse. C'est fini, ça, là. On est en 2004. On a encore des dossiers comme ça. Puis parfois, c'est étrange, il y a même de la complicité entre l'administration puis le syndicat pour ne pas qu'on sache qui était en devoir puis pour ne pas qu'on... Pendant ce temps-là, la ridelle est encore défectueuse, puis il y a encore quelqu'un qui va tomber.

Alors, il faut sortir de ça, pas juste pour trouver le coupable, pour éviter que d'autres accidents ne surviennent et surtout pour nous améliorer tous. Parce que tout ce qui se fait dans le silence, éventuellement on le sait. Puis ce n'est pas unique au réseau de la santé, mais c'est plus critique et aigu parce qu'il y a du monde qui finit par en subir les conséquences directes par leur santé. Pour nous améliorer tous dans la gestion de ce réseau-là, alors sortir du silence, être plus ouverts, être plus aérés.

Et je pense que les visites qu'on est en train de faire avec la participation du comité sont une bonne chose. Alors, ça donne une idée, là. Quand on se met à aérer les affaires, bien... J'entendais un D.G. qui dénonçait, là, les visites organisées par... Je ne vois pas pourquoi on pourrait être contre qu'on vienne visiter notre établissement si on n'a rien à se reprocher ou si... Alors, c'est dans ce sens-là que l'on propose que ces avis-là soient le plus publicisés et diffusés possible.

Mme Harel: J'apprécie beaucoup le point de vue que vous nous apportez parce que, d'une certaine façon, les visites, c'est l'équivalent des visites des familles, si vous voulez, mais pour des gens qui souvent n'en ont pas. Pour visiter moi-même, comme vous le savez, je sais bien que d'autres n'en ont pas, puis ceux qui en ont, ils sont un peu immunisés en quelque part, hein? Alors, dans le fond, ce que vous dites cependant: Il faut que ces visites se fassent.

Moi, je suis très, très confortable avec l'idée d'un rôle plus important à jouer par le Conseil pour la protection des malades au sein, si vous voulez, d'un groupe élargi, d'équipes permanentes avec différents points de vue, mais celui, si vous voulez, des représentants d'usagers aussi, et sous la supervision d'un commissaire

à la santé. Le hic de la chose, c'est que le Commissaire, s'il relève directement du ministre, nommé par le ministre, qu'il fait rapport au ministre, c'est que ça ne changera rien de la réalité actuelle, finalement, c'est ça. Alors que, si on a ces équipes permanentes sous la supervision d'un commissaire à la santé indépendant qui recommande au ministre — ça restera toujours le ministre qui décidera, ça, indéniablement — à ce moment-là, on a, si vous voulez, tout un équilibre qui fait qu'il va y avoir une sorte de confiance qui va s'installer.

M. Brunet (Paul G.): Oui. Et je veux préciser quand même que, nonobstant notre participation au comité mis sur pied par le ministre, on a quand même dans nos ententes une clause qui assure notre indépendance totale et notre droit, sous réserve de prévenir le ministre qu'on va faire une déclaration éventuellement sur une chose ou l'autre, de dire ce que l'on a à dire quand on sent que les choses ne vont pas à notre goût. Alors, ces clauses d'indépendance là, on ne peut pas les prêcher puis ne pas les appliquer nous-mêmes. Dans tous nos protocoles, avec quelque organisme que ce soit nommé par le gouvernement ou créé par le gouvernement, on a toujours ces clauses-là, et je pense que c'est ce qui a assuré quelque part une partie de notre crédibilité.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Mme la députée de Pontiac.

Mme L'Écuyer: Bonjour, Mme Talbot, M. Brunet, merci de la présentation de votre mémoire. J'ai une question. D'abord, à la page 22 de votre mémoire, vous reconnaissez l'importance du Commissaire à la santé et au bien-être d'apprécier adéquatement notre système de santé et de services sociaux. Pour nous, on sait que, éventuellement, nous allons être confrontés à des choix, compte tenu de la démographie ou la population vieillissante. Et je veux revenir à la page 19 de votre mémoire, la recommandation de tenir des audiences publiques.

Hier, nous recevions le Conseil de la santé et du bien-être, qui parlait d'audiences publiques, de forums de citoyens, et il parlait d'audiences publiques similaires à ce qui se passe au niveau du BAPE, où, quand on est confronté à une problématique, le BAPE, il y a des commissaires qui sont nommés de façon ponctuelle, et le BAPE a quand même beaucoup de crédibilité au niveau de la population. Dans votre recommandation qu'il avait l'obligation de tenir des audiences publiques, ce que j'aimerais savoir: Est-ce que, pour vous, c'est la seule façon de consulter la population et est-ce que des audiences — c'est deux questions, en fait — est-ce que des audiences formule BAPE, pour vous, est une façon aussi très crédible de consulter cette population-là?

M. Brunet (Paul G.): Bien, en fait, pour connaître les audiences du BAPE et y avoir participé, et faire un lien avec le réseau de la santé, j'ai tendance à croire que, dans le réseau de la santé, en fait, il y a deux sortes de problèmes. Il y a des problèmes qui sont vécus et qui doivent être réglés quotidiennement. Ça, il n'y a pas un BAPE ou une formule de BAPE qui va régler ça. Si ça prend deux mois pour vous plaindre et

éventuellement avoir une correction sur la nourriture que vous mangez, pauvre vous, vous allez souffrir longtemps. Il y a des choses qui doivent se régler quotidiennement. Ça prend une structure légère, efficace pour régler ces problèmes ponctuels et quotidiens pour ne pas qu'ils rendent la vie impossible aux gens.

● (10 h 20) ●

Par ailleurs, il y a d'autres questions plus grandes — comme disent les médias, les grands dossiers — notamment l'alimentation et l'hygiène, où, peu importe où vous allez au Québec, qui font constamment problème, si j'en crois les comités d'usagers que l'on consulte et qui nous sont affiliés. Alors, ces questions-là un peu plus générales, par exemple, ou qui regroupent nombre de régions pourraient certainement être discutées à l'occasion d'audiences, ou de formules, ou de forums un peu plus, je dirais, ouverts, publics. Mais il faut d'abord s'attaquer aux plaintes quotidiennes.

Quand Claude est décédé, il y avait de la correspondance, il y avait des notes sur son bureau, il y avait des centaines de petites plaintes, mais qui sont la différence entre le calvaire de quelqu'un qui vit en hébergement et quelqu'un qui n'y vit pas. Alors, c'est ça, hein? C'est quoi, vos grands dossiers, au CPM? C'est des centaines de petites plaintes qui sont la différence entre quelqu'un qui est traité dignement puis quelqu'un qui ne l'est pas. Et ça, je vous soumetts qu'il n'y a pas de forums publics, il n'y a pas de BAPE qui vont régler ça, en tout cas pas à la satisfaction des gens.

Quand on est maltraité, quand on n'est pas bien traité, il faut le dire tout de suite, il faut que ça se règle vite. Et ça, ça prend quelque chose d'efficace. Il faut que les gens sachent que les personnes ne sont pas seules, il faut que les gens sachent dans le réseau qu'on va intervenir rapidement. Et ça, si on pouvait régler cette partie-là, c'est sûr que les autres débats un peu plus publics, un peu plus loin, je dirais, du terrain mais qui méritent certainement d'être discutés entre tous les intervenants et tout le monde qui peut être intéressé, bravo. Mais il y a deux choses, il y a les choses qui doivent être réglées tout de suite, et ça, ça prend du monde sur le terrain et sur le plancher qui intervienne tout de suite, et d'autres questions qui pourraient être discutées et évaluées un peu plus comme le fait présentement le Conseil du bien-être et que, si je comprends bien, là, le Commissaire désormais traiterait.

Mme L'Écuyer: Juste une question complémentaire. Dans le fond, vous voyez deux rôles au Commissaire, un qui est un rôle très précis et très quotidien, comme vous venez de le dire, tout ce qui sont les plaintes, les petites plaintes et finalement qui font dans le fond un grand dossier — parce que la somme de ces petites plaintes là finit par représenter un des problèmes, un problème — et en même temps toute la planification et des avis de choix que nous allons avoir à faire au niveau du système de santé et services sociaux.

M. Brunet (Paul G.): En fait, ce que je dis, c'est que le Commissaire devra regarder ces deux sortes de problèmes et de plaintes là.

Mme L'Écuyer: Les deux sortes.

M. Brunet (Paul G.): Je ne dis pas que le Commissaire doit gérer les plaintes, mais son avis, son évaluation et sa vérification ne doivent jamais oublier qu'il y a des problèmes de deux ordres. Il y en a qui sont ponctuels, parce qu'il y a du monde qui vit là, et il y a d'autres problèmes qui peuvent être regardés avec la distance et l'expertise parfois dont on peut avoir besoin et que fait très bien ou en tout cas qui semble correspondre au rôle du Conseil de la santé et du bien-être social.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Merci, M. le Président. Me Talbot, Me Brunet, j'aimerais revenir sur ce rôle du Commissaire et sur le rôle que joue présentement le Conseil de la santé et du bien-être. Si on examine le projet de loi, à l'article 10, alinéa 4^e, on voit que le Commissaire, selon l'article 4^e, «donne des avis au ministre sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, notamment par l'analyse rétrospective des impacts des politiques gouvernementales [...], et il lui propose en conséquence des grandes orientations aptes à guider l'élaboration de la politique de la santé et du bien-être».

Alors, étant donné votre mission et le mandat de votre organisme, je comprends très bien, là, que vous êtes loin de cet alinéa dans vos préoccupations au point de départ parce que votre principale mission est de voir à ce que les malades soient soignés correctement dans les établissements. Cependant, on sait bien cependant que cette mission du Commissaire requiert un examen des contextes, des environnements, ce qu'on appelle des grands déterminants de la santé, et que le Commissaire à cet égard doit s'intéresser notamment à toute la question de la prévention et de la promotion. Si on lit correctement l'alinéa 4^e, c'est ça que ça veut dire.

Est-ce que vous voyez une incompatibilité dans la façon dont vous percevez le rôle du Commissaire, étant donné les préoccupations que vous avez? Est-ce que vous avez des préoccupations ou des inquiétudes à l'égard du fait que le Commissaire pourrait ne pas pouvoir assumer pleinement, correctement et diligemment ces deux rôles à la fois, c'est-à-dire un rôle d'avis au niveau de l'état de santé général des Québécois via l'examen des contextes et des politiques dans une avenue de promotion et de prévention et un rôle plus de protecteur, si on veut, entre guillemets, des malades?

M. Brunet (Paul G.): Bien, dans l'état actuel du projet de loi, oui, pour les raisons qu'on a mentionnées tantôt. C'est trop incomplet. Je veux dire, à part regrouper les deux organismes et les deux lois dont on vient de parler, on ne voit pas grand-chose de différent, honnêtement et respectueusement soumis. Alors, c'est pour ça qu'on essaie de vous dire: Écoutez, si vous voulez faire jouer un rôle plus proche d'une vérification comme on l'entend dans la littérature, il va falloir mettre beaucoup plus de viande dans ce projet de loi là; si c'est ça qu'on veut. Si ce n'est pas ça, bien, c'est probablement pour ça que je ne fais pas de politique parce que... Ou bien donc on la fait, la job, ou on ne la fait pas. Et tu ne peux pas promettre autant de fois que tu

vas faire quelque chose qui va avoir de la chair dedans puis arriver avec un projet de loi comme ça. Moi, j'ai beaucoup de difficultés avec ça. Mais je respecte les rôles de chacun, là, mais personnellement j'ai beaucoup de misère avec ça.

Mme Talbot (Majorie-Élisabeth): Est-ce que je peux ajouter?

Une voix: Oui.

Mme Talbot (Majorie-Élisabeth): Si je peux me permettre. Si on veut un commissaire qui va proposer des grandes orientations, qui va analyser rétrospectivement l'impact des décisions gouvernementales, encore une fois, à notre avis, ça devrait être un commissaire indépendant qui fait cette analyse-là. Donc, si on veut apporter de la crédibilité à cette analyse-là, le Commissaire doit être indépendant, doit être nommé par l'Assemblée nationale et rendre compte à l'Assemblée nationale.

M. Bouchard (Vachon): Je vais poser ma question différemment et je vais peut-être être... poser une question peut-être embêtante pour vous, mais je pose la question de la compatibilité des rôles. Si, par exemple, le Commissaire doit donner des avis sur la santé des Québécois et doit, pour ce faire, faire, par exemple, l'analyse d'une politique sociale comme celle du logement social, par exemple, ou celle du développement régional, ou celle d'une politique de l'emploi sur éventuellement l'état de santé des Québécois, sur la question de la pauvreté et de son impact sur l'état de santé des Québécois, est-ce que vous pensez que cela est compatible avec le rôle que vous voyez au Commissaire en tant que protecteur des soins ou protecteur des malades?

M. Brunet (Paul G.): Non, moi, je ne vois pas de difficulté. À mon avis, ça procède probablement des deux axes dont j'ai parlé tantôt. Il y a des choses un peu plus ponctuelles, hein? Quand vous parlez de protection, en fait, c'est plus vérification, que les malades soient bien protégés plutôt que de les protéger, la protection, elle est assurée par quelqu'un d'autre, alors, ça, c'est plus terrain, c'est un peu plus ponctuel, c'est un peu plus proche de l'action, et l'autre, qui constituerait les avis plus généraux sur soit l'état de santé des Québécois, soit le lien entre la pauvreté et l'état de santé, à mon avis, ne m'apparaissent pas incompatibles. Au contraire, peut-être même que ce rapprochement entre ces réflexions un peu plus distantes mais non moins importantes de celles de la vérification que la job est faite sur le terrain pourrait, pourquoi pas, avoir à faire connaître des améliorations dans la prestation des soins. Il me semble.

M. Bouchard (Vachon): Alors, si je comprends bien, vous seriez d'accord à ce qu'il y ait une entité dans l'environnement du Commissaire qui pourrait ressembler à ce que le Conseil de santé et bien-être fait actuellement, c'est-à-dire que, au-delà des équipes d'inspection, vous verriez d'un bon oeil... Par exemple, il y en avait une, hier, une suggestion, à l'effet de créer un forum de consultation, un forum pédagogique aussi auprès des citoyens du Québec. Alors, vous seriez d'accord

avec une approche comme celle-là, voire même avec la survie du conseil, peut-être?

M. Brunet (Paul G.): Oui, il faut faire attention parce que tout ce que vous allez créer et dépenser de plus, là, nous, on a toujours peur, les organismes communautaires, que ce soit nous qui en payions le prix. Plus vous montez des structures, ironiquement, plus on a senti que nos subventions baissaient depuis 10 ans. On n'a jamais eu autant de structures pour protéger le monde, puis l'action communautaire, le soutien aux organismes communautaires n'a jamais été aussi bas.

● (10 h 30) ●

Je ne veux pas faire de lien qui n'existe pas, mais je ne veux pas non plus qu'on crée une autre mégastucture qui va se bureaucratiser. Je m'excuse de dire ça, là. Ça fait 20 ans que je suis dans la fonction publique, il y a toujours des dangers. Il y a même des dangers pour nous autres, si on est trop bien financés, de nous-mêmes... Tu sais, le confort, jusqu'à un certain point, a ses vices. Alors, oui, on est d'accord pour que ces deux rôles là puissent être joués par le même organisme, mais il faut toujours faire attention au grossissement de la structure et faire en sorte qu'on ne perde pas le sens et la raison d'être.

Le Président (M. Copeman): Ça va? M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Bernard: Merci, M. le Président. Bonjour, merci de votre présence. Moi, je voudrais revenir, là, justement, sur le rôle du Commissaire tel que vous le proposez, suite, entre autres, à la page 17 de votre mémoire, O.K., quand vous parlez au niveau... «À ce titre, le Commissaire pourrait — ou, encore mieux, devrait — chaque fois qu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne ou un groupe de personnes a été lésé...» Ce rôle-là du Commissaire se rapproche, tel que vous le proposez, vraiment sur celui, je pense, du Protecteur des usagers, parce qu'on retourne plus... il me semble, on voit le Commissaire plus dans la globalité du réseau, tandis que, là, qu'est-ce que vous proposez, c'est vraiment au niveau des individus, s'il arrive malheureusement des gestes ou des actes qui sont posés.

Le regroupement des comités des usagers des centres hospitaliers, qui va vous succéder à la table, suggère de leur côté à ce que le Protecteur des usagers, son rôle soit maintenu mais également que son rôle soit revu puis qu'il pourrait relever du Commissaire à la santé et du bien-être. Est-ce qu'on devrait peut-être justement... c'est une suggestion, là, mais profiter, par exemple, de la venue du Commissaire pour revoir le rôle du Protecteur des usagers et arrimer ces deux rôles-là peut-être mieux, en symbiose pour qu'ils puissent fonctionner pour justement rejoindre un peu vos recommandations?

Mme Talbot (Majorie-Élisabeth): En fait, la raison pour laquelle, nous, on a suggéré ce que vous avez souligné, là, que le Commissaire, lorsqu'il y a des motifs raisonnables de croire qu'un groupe de personnes ou une personne est lésée dans le réseau de la santé, intervienne, c'est inévitablement parce qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas dans le réseau de plaintes actuellement. Donc, nous, on propose ça parce que, bon,

si on veut que le Commissaire à la santé et au bien-être change les choses, c'est-à-dire qu'il améliore la santé et le bien-être de la population, soit il doit avoir des fonctions additionnelles, il doit avoir les pouvoirs nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

C'est sûr qu'on peut voir ça un peu comme un dédoublement des fonctions du Protecteur des usagers. Je vois la façon que vous voyez ça. Mais, nous, on voit ça... Il y a deux options: soit que le Commissaire à la santé et le bien-être ait les pouvoirs nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être de la population; ou soit que le système de plaintes soit drastiquement amélioré. Puis ça, c'est les deux options qu'on voit présentement.

M. Brunet (Paul G.): En fait, je rejoindrais les préoccupations du ministre, là, pour s'assurer que le Commissaire ne traite pas les plaintes. Alors, nous autres, c'est un peu par défaut de la situation... de voir la situation actuelle s'améliorer qu'on a inséré ça. Mais, si par ailleurs — je sais qu'il y a un comité là-dessus — on améliorerait drastiquement le système de plaintes, probablement qu'on pourrait enfin laisser le Commissaire jouer son rôle de vérificateur et au Protecteur des usagers ou à quelque autre organisme, là, de jouer son rôle de traiter et de faire en sorte que les plaintes soient traitées, et que les choses s'améliorent, et surtout que les gens soient satisfaits, soient répondus.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Bernard: Merci.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette, il reste une minute et quelques.

Mme Harel: Alors, ça va être rapide. À la suite de l'échange que vous venez d'avoir, est-ce qu'on doit comprendre que votre recommandation de former des équipes permanentes pour effectuer la vérification dans les CHSLD, les centres de réadaptation et les centres de soins psychiatriques, ces équipes pourraient être sous la supervision du Protecteur des usagers plutôt que du Commissaire à la santé éventuellement?

M. Brunet (Paul G.): Non.

Mme Harel: Non?

M. Brunet (Paul G.): Non. La vérification, le rôle de vérification que ces équipes-là auraient demeurerait sous le Commissaire.

Mme Harel: La vérification de la qualité des soins?

M. Brunet (Paul G.): Exactement. Et le traitement des plaintes, j'aurais tendance à me rallier du côté du ministre, en disant: C'est difficile d'avoir les deux chapeaux, dans ce sens-là.

Mme Harel: Donc, le traitement des plaintes individuelles, protecteur; et la vérification de la qualité des

soins, le Commissaire. C'est comme ça que vous le voyez, hein?

Le Président (M. Copeman): Très bien. Mme la députée de Soulanges.

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Bonjour, Me Talbot et Me Brunet, merci pour la présentation de votre mémoire. J'aimerais vous ramener sur l'impartialité du Commissaire de la santé au niveau... Parce que je crois vous avoir entendu dire... Juste me dire si ce que j'ai compris, c'est ça, là. Je pense, vous avez mentionné à la députée d'Hochelega-Maisonnette que le ministre pouvait disposer des avis du Commissaire de la santé comme il voulait. Est-ce que j'ai bien compris ou...

M. Brunet (Paul G.): Bien, en tout cas, c'est ce qu'on a compris du projet de loi. Et, pire encore, le Commissaire aurait la discrétion de faire ou ne pas faire d'avis. Ça fait que, là, on commence à rentrer pas mal loin dans la discrétion. Il y en a un qui n'est pas obligé d'en faire, même si la situation pourrait le nécessiter. Et, même s'il en faisait un, notre compréhension, c'est que le ministre évidemment pourrait en disposer à sa guise, là.

Mme Charlebois: Moi, j'ai lu l'article 18, là, puis ça dit: «Dès qu'il est disposé à présenter des conclusions ou à déposer un avis sur une question qui relève de ses fonctions, le Commissaire peut transmettre au ministre un rapport particulier en faisant état ou il peut choisir d'inclure ses conclusions ou son avis dans le rapport visé à l'article 17.

«Le ministre dépose ce rapport devant l'Assemblée nationale dans les 30 jours» de sa réception, etc.

Alors, moi ce que je comprends, c'est que le ministre dépose les avis du Commissaire de la santé.

M. Brunet (Paul G.): Bon. Je ne veux pas faire le débat sur le texte, mais, entre nous, madame, là, le Commissaire pourrait décider que finalement il ne fera pas d'avis. Ça revient au même.

Mme Charlebois: Lui décide, mais le ministre va déposer les avis qu'il va lui remettre.

M. Brunet (Paul G.): Oui, mais là, tu sais, votre boss vous appelle puis il dit: Regarde, là, peux-tu vraiment faire... On a parlé d'indépendance, là, je ne veux pas rentrer dans le détail, mais je pense que les membres comprennent, là, que, que ce soit le Commissaire qui fasse un avis ou que le ministre qui l'appelle, ça revient au même.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, c'est tout le temps qui est imparti à tout le monde. Me Brunet, Me Talbot, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire.

Et je suspends les travaux de la commission quelques instants afin de permettre aux représentants du regroupement des comités d'usagers des centres hospitaliers de prendre place à la table.

(Suspension de la séance à 10 h 37)

(Reprise à 10 h 39)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre! Alors, c'est avec plaisir que nous accueillons M. Dumesnil, M. Poirier, du regroupement des comités d'usagers des centres hospitaliers.

Je vous rappelle, comme je le fais à chaque fois, vous avez droit à une présentation d'une durée maximale de 20 minutes, qui sera suivie par un échange de 20 minutes de chaque côté de la table. Sans plus tarder, M. le président Dumesnil, je vous prie de débiter votre présentation.

Regroupement des comités d'usagers des centres hospitaliers

M. Dumesnil (Jean-Marie): Bonjour. Merci, M. le Président. M. le ministre, Mmes et MM. les parlementaires, nous vous remercions de nous donner l'opportunité de présenter notre mémoire. C'est un premier mémoire.

● (10 h 40) ●

M. André Poirier est président du Comité des usagers de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et vice-président du comité provisoire du regroupement des comités des usagers et je suis le président du comité provisoire du regroupement des comités des usagers et président du Comité des usagers du CHUM, qui est le Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Ma présentation va porter sur trois volets: regroupement des comités des usagers, commissaire local à la qualité des services et Commissaire à la santé et au bien-être.

Premièrement, la mission du comité provisoire. Le regroupement des comités des usagers des centres hospitaliers s'est donné pour mission de représenter les usagers, de défendre leurs droits et de prendre position auprès des diverses instances du milieu de la santé, du ministre de la Santé et des Services sociaux, des médias et de la population. Il a également pour mission de veiller constamment à ce que les usagers reçoivent les meilleurs soins et services dans les meilleurs délais et dans un environnement favorable.

Le regroupement constitue un nouvel interlocuteur de choix lorsque le gouvernement souhaite connaître l'opinion de la population en matière de santé. Toutefois, si le regroupement est nouveau, ses membres cumulent de nombreuses années d'expérience dans le réseau de la santé au sein des comités des usagers.

Le comité des usagers existe en vertu de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. À l'heure actuelle, de nombreux centres hospitaliers n'en sont pas dotés parce qu'ils n'y sont pas tenus. La plupart en seront cependant fort probablement pourvus d'office avec la création des réseaux locaux, car ils devraient être présents dans tous les centres d'hébergement et de soins de longue durée. D'ailleurs, l'arrivée de la loi n° 25, Loi sur les agences de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux, a fait en sorte que le regroupement des usagers se devait, dans ses démarches, de tenir compte des centres d'hébergement et de soins de longue durée. À l'origine, notre projet visait les centres hospitaliers.

Le regroupement des comités des usagers étant un nouveau joueur dans le milieu de la santé, permettez-moi,

dans un premier temps, de vous informer des différentes étapes qui ont permis la mise sur pied du comité provisoire du regroupement des comités des usagers.

À l'automne 2002, la Fédération des médecins spécialistes entamait des moyens de pression qui allaient perturber les opérations de plusieurs centres de santé durant quelques mois... de centres hospitaliers, pardon, durant quelques mois. J'aimerais souligner que le comité des usagers a été le seul comité à réagir publiquement auprès des médias pour dénoncer la prise en otages des patients et demander à la Fédération des médecins spécialistes et au gouvernement de régler le litige qui les opposait. Nous avons fait également la même démarche lors de la grève des infirmières, en 1998. Pourquoi étions-nous le seul comité à intervenir sur une question qui touchait l'ensemble des centres hospitaliers?

C'est pourquoi, au mois de novembre 2002, le comité des usagers s'est donné comme mandat d'entreprendre des démarches afin d'identifier, dans un premier temps, quels sont les centres hospitaliers qui ont un comité des usagers. Pour ce faire, en décembre 2002, une lettre qui avait pour objet *Le comité des usagers, pour partager nos expériences* a été expédiée à tous les directeurs généraux des centres hospitaliers, leur demandant de transmettre la lettre à leur comité des usagers, si un tel comité existait dans leur établissement. Plus d'une cinquantaine de comités des usagers ont immédiatement manifesté leur intérêt.

Devant un tel intérêt, le Comité des usagers du CHUM a organisé une première rencontre avec des représentants des comités des usagers de l'Hôpital Sacré-Coeur à Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le Centre universitaire de santé McGill. Il est apparu évident qu'il serait intéressant d'organiser une première rencontre exploratoire à l'échelle du Québec, tout en étant conscient que plusieurs comités ne pourraient y assister pour des raisons de disponibilité, de budget ou d'éloignement. Il est important de souligner tout l'encouragement et l'appui reçu du directeur général du CHUM, le Dr Denis Roy.

Des représentants d'une vingtaine de comités des usagers de centres hospitaliers se sont rencontrés pour la première fois à l'Hôtel-Dieu du CHUM, le 13 juin 2003. Unanimes à reconnaître l'importance de se regrouper pour travailler sur des problèmes communs, de prendre position comme entité et de devenir un porte-parole crédible, ils ont formé un comité provisoire ayant pour mandat de travailler à la fondation du regroupement des comités des usagers. M. le ministre, nous avons eu l'opportunité de présenter notre projet à l'un de vos conseillers politiques, M. Christian Coutlée, et le fait que vous ayez accueilli le projet avec ouverture a été une source importante de motivation dans la poursuite de nos démarches.

Le comité provisoire a dû reporter le congrès de fondation du regroupement des comités des usagers des centres hospitaliers, prévu le 12 mai 2004, afin de concentrer ses énergies sur la Loi des agences de développement des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux, le projet de loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être et la mise sur pied d'un groupe de travail mandaté pour analyser les mécanismes en place des plaintes... du traitement des plaintes, pardon, dans le secteur de la santé et des services sociaux. D'ailleurs,

mon collègue à mes côtés, André Poirier, siège sur ce groupe de travail. À noter que notre congrès de fondation devait avoir lieu la veille du congrès de l'Association des hôpitaux du Québec, au même hôtel, et que celle-ci avait généreusement accepté de nous accompagner dans l'organisation de ce premier congrès. Ce n'est que partie remise.

Le comité provisoire du regroupement des comités des usagers des centres hospitaliers a rédigé ce mémoire en s'appuyant sur l'expérience acquise depuis plusieurs années par les représentants des usagers dans le milieu de la santé. Le rôle du comité des usagers, qui a grandement évolué au fil des années, en est un à la fois consultatif et proactif auprès des différentes instances des établissements de santé, tout particulièrement lorsque la qualité des soins et services donnés aux usagers est en cause. Les comités travaillent en complémentarité avec les commissaires locaux à la qualité des services, qui ont la responsabilité de la gestion des plaintes. Mais ils peuvent aussi venir en aide directement à tout usager qui souhaite être secondé lorsqu'il décide de porter plainte.

Le regroupement donnera plus de poids aux comités, qui pourront ainsi prendre des positions communes et solides, tant auprès des instances gouvernementales que des médias, sur des dossiers touchant le mieux-être des patients. Invité à souhaiter la bienvenue aux participants lors de la première rencontre provinciale des comités des usagers, le 13 juin dernier, le Dr Denis Roy, directeur général du CHUM, disait d'ailleurs à juste titre: «Dans les eaux tumultueuses des changements à opérer pour transformer l'hôpital, le comité des usagers doit faire entendre sa voix, tel un phare qui permet d'éviter les récifs et écueils qui se dressent sur notre route.»

Il est important de préciser qu'avec l'arrivée des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux le nombre de comités des usagers diminuera sensiblement. C'est pourquoi les centres d'hébergement et de soins de longue durée ont... Pardon. Ces derniers mois, les centres d'hébergement et de soins de longue durée ont fait largement les manchettes. Et le comité provisoire souhaite travailler en partenariat avec les responsables des agences de développement des réseaux locaux de services de santé et services sociaux afin que chaque réseau local soit doté d'un comité des usagers qui est en mesure de bien représenter tant le centre hospitalier, le CLSC que les CHSLD. D'ailleurs, le comité provisoire est à élaborer des structures qui feraient en sorte que chaque comité des usagers puisse jouer pleinement son rôle auprès des usagers de son établissement. L'une des priorités du comité provisoire sera d'avoir un représentant d'expérience dans chacune des régions, agences de développement ou territoires.

Parlons maintenant des structures existantes pour le traitement des plaintes. Dans le communiqué publié sur le projet de loi n° 38, Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la mise sur pied d'un groupe de travail ayant pour mandat d'analyser les mécanismes en place de traitement des plaintes. Comme le mentionnait le ministre de la Santé dans le communiqué, les événements des dernières semaines ont démontré que les mécanismes actuels de traitement des plaintes fonctionnent de façon imparfaite.

À la lumière des commentaires recueillis auprès de plusieurs comités des usagers, le comité provisoire est convaincu que les commissaires locaux à la qualité des services sont des personnes compétentes qui connaissent bien la culture de leurs établissements et qui sont en mesure d'y faire des interventions objectives et éclairées. Un encadrement plus rigoureux serait néanmoins souhaitable tant au plan des structures que du processus de traitement des plaintes, de telle sorte que leur objectivité ne sera jamais mise en doute.

Certaines instances du milieu de la santé croient qu'une formation juridique des commissaires locaux à la qualité des services est souhaitable. Ce n'est pas du tout le cas. On leur demande davantage de bien connaître la culture de leurs établissements, d'être à l'écoute des besoins des usagers et d'être impartiaux. Par ailleurs, ils doivent bénéficier, ce qui est loin d'être toujours le cas, du soutien inconditionnel des différentes instances de leurs établissements.

Comme nous le mentionnons dans le mémoire, plusieurs commissaires locaux à la qualité des services sont actuellement des cadres d'établissement qui cumulent d'autres fonctions. La création des réseaux locaux de services de santé pourrait faire en sorte qu'ils doivent se consacrer à leurs fonctions à temps plein, compte tenu que des CLSC et des CHSLD se grefferont à leurs établissements.

Le comité provisoire du regroupement des comités des usagers recommande que le commissaire local à la qualité des services relève soit du directeur général de l'établissement ou du conseil d'administration. Le fait de relever du conseil d'administration pourra faire en sorte qu'il ait davantage les coudees franches afin que personne ne puisse mettre en doute son indépendance. S'il cumulait d'autres fonctions, il devrait malgré tout relever soit du directeur général ou du conseil d'administration et n'avoir personne sous ses ordres.

● (10 h 50) ●

L'un des moyens d'assurer une plus grande transparence serait la mise sur pied dans chacun des établissements d'un comité permanent qui aurait pour mandat de réviser la nature des plaintes reçues et des actions prises ou à prendre soit sur une base mensuelle, bimensuelle ou, au maximum, trimestrielle — ça reste à voir. Le comité pourrait être composé du commissaire local à la qualité des services, du directeur général ou d'un directeur de l'établissement, d'un membre du conseil d'administration qui n'est pas à l'emploi de l'établissement et le représentant du comité des usagers. La présidence pourrait être assurée par le représentant du comité des usagers ou du conseil d'administration.

Par ailleurs, le comité provisoire du regroupement des comités des usagers estime que le poste de Protecteur des usagers devrait être maintenu mais son rôle revu. Il pourrait, par exemple, relever du Commissaire à la santé et au bien-être, question qui a été soulevée tantôt. Laissons le groupe de travail sur les mécanismes de traitement des plaintes faire ses recommandations.

Le dernier volet, et non le moindre, le Commissaire à la santé et au bien-être. Le comité provisoire du regroupement des comités des usagers salue l'initiative du gouvernement de nommer un Commissaire à la santé et au bien-être. Il est parfaitement en accord avec le mandat qu'on veut lui confier, soit d'apprécier les résultats atteints

par le système de santé et des services sociaux en prenant en compte l'ensemble des éléments systémiques interactifs de ce dernier et de fournir au gouvernement et à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Le fait que le Commissaire à la santé et au bien-être relèvera directement du ministre de la Santé et des Services sociaux sème des doutes quant à son indépendance. Il devrait être en mesure de faire preuve de transparence et démontrer à la population qu'il a toute l'autonomie nécessaire pour exercer ses fonctions. Il devrait bénéficier d'une structure lui permettant d'assumer pleinement son mandat. Le comité provisoire juge important que le Commissaire à la santé et au bien-être soit informé des recommandations du groupe de travail chargé d'analyser les mécanismes en place du traitement des plaintes dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il faudrait aussi qu'il soit partie prenante des décisions.

Le projet de loi n° 38 annonce l'abolition du Conseil de la santé et du bien-être et du Conseil médical du Québec. Nous ne discuterons pas de cette décision mais espérons au moins que les budgets de ces deux entités seront récupérés pour permettre au Commissaire de combler les ressources financières, humaines et matérielles requises pour assumer les responsabilités qui lui incombent.

Comme je le mentionnais plus tôt, la structure que le comité provisoire du regroupement des comités des usagers est à mettre en place devrait lui permettre d'avoir un représentant dans chacune des régions afin que les réseaux locaux soient tous représentés. Ces représentants devront évidemment avoir les connaissances et les habiletés requises pour remplir adéquatement leur mandat auprès des comités des usagers. Le regroupement des comités des usagers pourrait alors jouer un rôle proactif et consultatif auprès du Commissaire à la santé et au bien-être lorsqu'il s'agit d'apprécier les résultats obtenus par le système de santé. Il constitue en effet un interlocuteur de choix dans les structures qui lui permettront de suivre l'évolution et le fonctionnement des comités des usagers. Il pourrait, par exemple, compiler les problèmes qui sont signalés au comité des usagers et recueillir leurs suggestions lorsque la qualité des soins et services donnés est en cause.

Le regroupement des comités des usagers souhaite travailler en partenariat avec le Commissaire à la santé et au bien-être dans l'élaboration des stratégies visant à informer la population des droits de santé et de services sociaux et à sensibiliser les citoyens à leurs responsabilités en ce qui a trait à leur santé et à l'utilisation des services offerts. À cette fin, le comité provisoire du regroupement des comités des usagers estime que le regroupement devrait occuper un siège permanent à titre consultatif auprès du Commissaire à la santé et au bien-être. En outre, dans le but de veiller aux intérêts des usagers, le regroupement devrait être partie prenante lorsque ce dernier formera des comités de travail, procédera à des consultations, sollicitera des opinions ou tiendra des audiences publiques sur tout sujet qui concerne les soins et services donnés à la population.

En conclusion, par ce mémoire, le comité provisoire du regroupement des comités des usagers souhaitait partager

ses réflexions et ses recommandations parce qu'on ne peut nommer un Commissaire à la santé et au bien-être sans prendre en compte la gestion des plaintes des usagers et l'importance du rôle que le regroupement peut jouer auprès des différentes instances du milieu de la santé, du ministre de la Santé, des médias et de la population.

Finalement, c'est aussi une façon de faire la preuve que le regroupement des comités des usagers est un interlocuteur de choix en la matière, puisqu'il prend déjà position officiellement, alors qu'il n'en est encore qu'à l'étape de sa fondation. Les membres qui composent son comité provisoire ont toutefois acquis une longue expérience au sein des comités des usagers dans les établissements de santé. D'ailleurs, vous avez la liste des membres à la fin du mémoire. Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Dumesnil. Alors, pour débiter l'échange, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. Poirier, M. Dumesnil, pour votre visite et votre mémoire. Je dois dire que, dans les visites d'établissements que je fais régulièrement dans tous les coins du Québec, si d'aventure il se trouve des manifestants, je les rencontre, mais j'insiste en général pour rencontrer le comité des usagers dans l'établissement, et c'est une source d'apprentissage importante et d'enrichissement de la démarche à chaque fois.

Je comprends que l'essentiel, l'axe principal de votre mémoire et de votre présentation, outre le Commissaire, dont vous supportez la mise sur pied, est la question du traitement des plaintes, qui est également attachée sous forme d'un groupe de travail à la démarche de création du poste de Commissaire.

L'impression que j'ai actuellement, c'est que ce n'est pas tellement le mécanisme de traitement des plaintes qui est en problème, ce sont les suites qu'on donne au traitement de la plainte. De sorte que, dans les exemples publicisés qu'on a eus au cours des derniers mois, si on fait des analyses de chaque établissement qui a été mis en cause, on peut certes démontrer que la plainte a été traitée techniquement de façon correcte, qu'elle a été acheminée au commissaire local, à par la suite été traitée, avec droit de réponse, et qu'on a fini avec une conclusion et une recommandation. Mais malheureusement souvent le processus s'arrête là, et ce n'est pas un véritable signe d'amélioration de la qualité où les conclusions et les leçons tirées d'une plainte sont réinjectées dans le système pour améliorer la qualité des soins.

Donc, est-ce que vous partagez cette impression que je viens d'énoncer, que ce n'est pas tellement le traitement de la plainte qui est en problème que les suites que l'on y donne?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Tout à fait, tout à fait. Écoutez, premièrement, j'ai eu des échos de vos visites en région, je sais que vous en avez rencontré plusieurs, puis il y a des membres qui font partie d'ailleurs de notre comité provisoire. Effectivement, au niveau du processus de traitement des plaintes — puis mon collègue aussi pourrait en parler — les plaintes, par elles-mêmes, sont très bien traitées, je pense qu'il n'y a pas de problème à ce niveau-là; c'est davantage le suivi.

D'ailleurs, si vous voyez, en tout cas, dans notre mémoire, à la page 8, je pense, 8 ou 9, on mentionne que c'est pour ça qu'il faut qu'il y ait un comité sur place, un comité de régie qui fait en sorte qu'on est capable de suivre régulièrement.

Moi, ce que j'ai vécu à travers le CHUM — puis je pense qu'André pourra en témoigner aussi chez lui — c'est qu'à un moment donné les plaintes, on en faisait rapport, on faisait des recommandations, mais ça restait là. Alors, ce qu'on a essayé d'inculquer, au fil des années — moi, ça fait sept ans que je suis avec le CHUM — ce qu'on a essayé d'inculquer, puis maintenant, bien, je pense qu'on peut dire que ça existe réellement, c'est qu'à chaque fois qu'il y a une plainte qui mérite d'avoir une action que le suivi soit fait, et puis, nous, on s'assure auprès des commissaires locaux à la santé d'être informés des genres de suivis qui sont faits. Mais je pense que ce n'est pas du tout nécessairement le cas dans toutes les régions, ça, c'est un fait. Peut-être M. Poirier voulait ajouter.

Le Président (M. Copeman): M. Poirier.

M. Poirier (André): Bien, moi, je pense que, oui, c'est le suivi qui fait problème et l'indépendance du commissaire local, souvent parce qu'il est pris sur le comité de direction ou il est dans d'autres types de comités de l'organisation, qu'il a accepté des méthodes, ou des façons de procéder, ou des structures, ou des processus et qu'il doit comme faire une recommandation qui va à l'encontre de. Il y a cette partie de tiraillement là aussi. Alors, d'avoir un comité de vigilance, que je dirais, moi, qui vient du conseil d'administration, ça pourrait être une amélioration en tout cas au niveau de...

Et où ça cause problème, c'est au niveau justement de la gestion ou de la direction de l'établissement. Il y a une certaine crainte à la transparence. Quand les établissements osent donner toutes les plaintes à leur conseil d'administration et au comité des usagers, quand il est en place au niveau d'un CH, entre autres, je pense que le comité des usagers ou le conseil d'administration va poser des questions. Alors, c'est une façon, je dirais, de «bypasser» les gens au niveau de la gestion qui peuvent comme... dire: Assez, je tasse ça.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Peut-être, si vous permettez, un autre exemple. Nous, on est chanceux au niveau de la direction générale du CHUM, la porte est ouverte, et puis tout cas, en tout cas, qui mérite une attention particulière, on s'assure que c'est fait. Mais je peux vous citer l'exemple d'une personne qui nous répondait, dans un questionnaire qu'on a envoyé pour notre rencontre du 13 juin, que... La personne répondait, la représentante du comité des usagers nous répondait que son directeur général ne voulait rien savoir du comité des usagers. Alors, évidemment on a senti qu'en quelque part il y a des choses à faire. Et puis dans ce sens-là les suivis, bon, je ne suis pas certain que les suivis sont bien faits ou quoi que ce soit.

M. Couillard: Et il y a même des cas — puis c'est des gens de bonne volonté, là, encore une fois qui font ce travail-là, qui n'est pas facile, celui d'être commissaire local aux plaintes — il y a parfois des cas, me

dit-on, où c'est le directeur des soins infirmiers, par exemple, qui est en même temps le commissaire local des plaintes. Alors là, il y a un problème, là, absolument fondamental. Puis encore une fois, faisant abstraction des qualités morales de la personne, qu'on ne met pas en doute, là, ça cause un conflit assez important.

Evidemment, je ne veux pas empiéter sur les travaux du groupe d'examen du système des plaintes, mais quand même je trouve l'idée de faire dépendre le commissaire local du conseil d'administration avec un comité de ce conseil d'administration là spécifiquement attaché à cette fonction-là assez prometteuse sur le plan de la validité puis de la portée du traitement. Est-ce que c'est l'avenue que vous préconiserez?

● (11 heures) ●

M. Dumesnil (Jean-Marie): C'est notre avis. Et puis ça existe déjà d'ailleurs dans certains hôpitaux. Je peux vous dire, je pense, que Maisonneuve-Rosemont, ça relève directement... la personne relève directement du conseil d'administration. Et je peux vous dire qu'au CHUM la personne qui a été... parce qu'on en a trois, mais les personnes qui ont été nommées, notre directeur général n'était pas présent lors des rencontres, lors de la nomination, des auditions, des rencontres.

M. Couillard: Et est-ce que vous pensez que c'est ce comité du conseil d'administration qui devrait se voir donner le mandat de s'assurer du suivi et de la correction de ce qui a été mis en évidence grâce à la plainte?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Parce qu'il existe... Dans divers centres hospitaliers existent des comités de service à la clientèle, dont je fais partie par exemple au CHUM, mais on ne fait pas un suivi systématique. Le suivi est fait à tous les trois mois. On a des rapports et puis, bon, on regarde les recommandations qui ont été faites, puis nous... Moi, je pense, ça fait sept ans... Je me dis, c'est loin d'être suffisant. Alors, je pense que l'opportunité serait belle à ce moment-là, en relevant du conseil d'administration, qu'il y ait un comité permanent, je dis bien «permanent» parce que ça nous permet... Nous, on le fait de façon non officielle, c'est qu'on rencontre des commissaires, puis on regarde ce qui s'est passé, puis on corrige les situations, puis on les...

M. Couillard: Pour la question du comité des usagers, évidemment la mise sur pied des réseaux locaux, dans un sens ça a favorisé la présence de comités des usagers; dans un autre sens, ça alourdit leur tâche également parce que souvent on regroupe des établissements. Evidemment, on est en réflexion sur ce sujet, comme vous le savez. Il y a deux points à mon avis qui doivent être étudiés, puis j'aimerais que vous nous fassiez part de votre avis.

D'abord, la question de l'emplacement et des responsabilités du comité des usagers. Il m'apparaît essentiel qu'il y ait dans l'installation, qui est un milieu de vie, un comité des usagers. Même si on a un nouvel établissement qui déborde les murs de cette installation, il faut qu'il y ait sur place, dans ce milieu de vie, parce que c'est là que les personnes vulnérables se situent, il faut qu'il y ait un organisme.

Deux, la question des budgets des comités des usagers. Comme vous le savez, depuis plusieurs années,

les budgets sont inchangés. Il s'agit d'un budget de base de 5 000 \$ en général, auxquels on ajoutait dans le passé 250 \$ environ s'il y avait une nouvelle installation qui se greffait dans le cadre d'une fusion. Et ça, il faudrait réviser ça.

Alors, sur les deux plans, quelles seraient vos recommandations, d'abord, sur la composition du comité des usagers d'un réseau intégré de services puis, d'autre part, sur la budgétisation de ces comités?

M. Poirier (André): Alors, moi, je pense que, oui, dans le regroupement des établissements, il y a des missions ou il y a des problématiques qui sont très différentes d'un secteur à l'autre, et pour moi c'est important qu'il y ait des comités ou en tout cas des yeux et des oreilles dans chacun de ces établissements-là pour agir en tout cas comme chien de garde, si on veut, ou en tout cas comme personnes qui... mais plus comme aussi favorisant l'amélioration. Et de dire qu'un comité des usagers de huit, neuf, 10 personnes pourrait couvrir des établissements qui sont éparpillés sur un grand territoire, ce n'est pour moi pas logique. C'est vraiment à chacun des établissements. Qu'il y ait peut-être un comité central, comité d'usagers, un regroupement pour comité d'usagers où il y... disons, il y aurait plus de poids ou peut-être une certaine indépendance par rapport aux établissements particuliers, je pense que ce serait souhaitable.

Si je touche à la partie financière, c'est clair pour moi que les endroits où ça fonctionne bien, où il n'y a pas d'obligation des comités d'usagers dans les CH, c'est parce que l'établissement, en plus du 5 000 \$, donne un support habituellement intéressant au comité, parce que, sans ça, on n'arriverait pas. Je veux dire, à l'heure actuelle ce qu'on fait, c'est, pour beaucoup de monde... en tout cas moi et M. Dumesnil aujourd'hui, c'est du bénévolat, tu sais, au niveau des dépenses, et tout. Et, oui, on va en faire un bout, mais c'est sûr qu'on ne fera pas ça tout le temps, je veux dire, on va s'épuiser. Je veux bien croire que la pauvreté peut nous donner de l'indépendance, mais il y a une limite à quelque part.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Si vous permettez, si je peux ajouter, quand on parlait de structures, je sais qu'il y en a un en particulier, je pense que c'est à Jonquière, qui a cinq centres d'hébergement différents. Alors, évidemment il faudrait regarder. Nous, ce qu'on voit davantage, c'est des sous-comités, avec un comité central mais des sous-comités, qui sont très représentatifs. Je pense que c'est important.

Mais, au niveau du financement, je vous dirais que la première rencontre provinciale qu'on a eue, il y en a plusieurs, c'est une question d'éloignement mais surtout de financement. Mais, vous savez, à Lourdes-du-Blanc-Sablon ou à Maniwaki, du côté de l'Abitibi, bon, je pense que du côté de La Malbaie, c'était la même chose, les gens disaient: Écoutez, on n'a pas les moyens de voyager sinon que d'avoir des ressources. Puis d'ailleurs l'entente qu'on est en train de prendre avec les directeurs généraux, on veut la prendre avec les directeurs généraux d'établissements que la première rencontre soit autant que possible... la contribution vienne des directeurs généraux d'établissements, pour permettre à l'argent de se déplacer. C'est des coûts quand même énormes de déplacement.

M. Couillard: Oui, puis d'ailleurs le Comité des usagers de La Malbaie me l'avait fait remarquer, quand je suis allé à Charlevoix, cet aspect, là, des distances puis des déplacements qu'ils auraient faits, souvent à leurs frais, hein? Et, dans les visites de milieu de vie de soins prolongés, par exemple, que j'ai pu faire, il y a des endroits où la qualité des soins est vraiment extraordinaire. Puis là je citer un endroit que j'ai visité il y a quelques jours, la Villa Pabos, en Gaspésie, là, où le concept de milieu de vie est appliqué de façon exemplaire. C'est également dans ces endroits que la relation est la plus harmonieuse entre le comité des usagers et l'établissement, où on constate que le comité des usagers est là pour aider l'établissement à améliorer ses soins et non pas comme une police ou une sorte d'agence, là, de sécurité qui fait que certains directeurs généraux — je regrette beaucoup, ce que vous avez mentionné tantôt, d'entendre ça — certains directeurs généraux ne veulent pas avoir rien à faire avec le comité ou s'en méfient. C'est contraire à l'esprit qu'on veut instaurer dans le réseau.

M. Poirier (André): Mais je parle en tout cas pour moi, l'expérience personnelle, parce qu'on est plus terrain, là. Dans nos expériences, quand la direction a une ouverture, une transparence, ça aide. Et, quand les gens qui sont sur le comité des usagers, au lieu de juste... oui, on peut être là comme chien de garde, mais aussi, je pense, c'est l'aspect le plus intéressant, chez nous, on fait...

Le sondage de la qualité, c'est administré par le comité des usagers. Les sondages sont envoyés par nous autres, les résultats nous arrivent à nous autres, la compilation est faite par des bénévoles qui veulent bien nous donner un coup de main. Et on a plein, plein, plein de suggestions, parce qu'ils ont une place à des commentaires. Et c'est beaucoup à partir de cette dimension-là qu'on travaille au niveau de la direction. Donc, quand on a un problème qui est récurrent ou un malaise, qui n'est pas nécessairement une plainte mais un malaise qui est souligné souvent, je veux dire, on l'a, nous autres. Si on l'a 25 fois dans l'année, on dit: Woups! il y a quelque chose à regarder. On va faire un sondage, on va regarder, on va faire des enquêtes à l'interne et on va proposer des choses.

Et le travail, il se fait à l'heure actuelle d'une façon assez le fun, parce que même maintenant il y a des secteurs d'activité qui ont donné à écrire, par exemple, un nouveau document pour les usagers qui vont avoir un traitement, bien, je veux dire, ils passent par un comité de lecture au niveau du comité, pour utiliser un langage admissible, compréhensible par les gens qui sont sans instruction. Alors, tout plein de petits points comme ça qui, je pense, au niveau de l'amélioration de la qualité dans l'organisation, qui peuvent être super intéressants. Vraiment, une organisation pourrait être gagnante si elle perdrait cette peur-là d'avoir des gens qui regarderaient leur... puis qui penseraient qu'ils critiquent leur façon de fonctionner ou d'administrer.

M. Couillard: Je veux laisser le temps qui reste à mes collègues.

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

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, je voudrais, au nom de l'opposition, vous souhaiter la bienvenue, M. Dumesnil et M. Poirier. Dans l'échange que vous venez d'avoir avec le ministre, vous sembliez acquiescer au fait que le commissaire local relève du conseil d'administration. Dans le mémoire que vous nous présentez ce matin, vous nous dites plutôt, à la page 8, que le commissaire local devrait relever du directeur général.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Oui, excusez, il y avait un ajout qui a été... Je suis désolé, je croyais que vous l'aviez eu.

M. Poirier (André): ...dans l'évolution.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Je suis désolé, j'ai oublié de le mentionner.

Mme Harel: Ah! Il y a eu une évolution.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Bien, il y a eu une évolution, bien, écoutez...

Mme Harel: Ah bon, bon, bon!

M. Dumesnil (Jean-Marie): Je suis désolé, c'est parce qu'on a eu...

Mme Harel: Ah bien, non!

M. Dumesnil (Jean-Marie): On a eu une semaine et demie pour préparer le mémoire, alors évidemment...

Mme Harel: Alors, je vois que vous mettez... Bon. Je vois que vous indiquez que ce devrait donc être «relevant du conseil d'administration». Quand on dit «relever du conseil», c'est nommer, entériner, dont la nomination est entérinée par le conseil? Est-ce que c'est ce qu'il faut comprendre?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Tout à fait. Tout à fait. Tout à fait.

M. Poirier (André): Ce n'est pas une nomination du D.G., c'est un poste qui est ouvert, qu'il y a... comme sélection et...

M. Dumesnil (Jean-Marie): Comme le directeur général l'est.

Mme Harel: On voit bien, hein, qu'il y a un resserrement, là, qui est souhaité sur le terrain quant à ce traitement des plaintes des usagers. Alors donc une de vos recommandations, c'est donc de faire en sorte que la nomination relève du conseil d'administration et que le commissaire local fasse rapport au conseil d'administration. C'est bien ça.

À la page 4 de votre mémoire, vous nous parlez donc de l'historique de votre regroupement provisoire, mais vous faites mention également des changements, là, qui vont intervenir avec les regroupements d'établissements. Tantôt, vous avez abordé la question. Dans la loi, la seule obligation qui est faite, c'est en regard des CHSLD. Et là de plus on voit bien que les CHSLD

seront regroupés avec les hôpitaux et les CLSC. Vous avez mentionné tantôt la nécessité, par établissement spécifique, particulier, là, de maintenir un comité d'usagers. Vous parliez d'un comité central. M. Dumesnil, vous parliez d'un sous-comité, dans les établissements, relié à un comité central.

● (11 h 10) ●

Quoi qu'il en soit, on voit bien la nécessité à très court terme, puisque ces établissements, le ministre... ces regroupements de superétablissements, le ministre nous les annonce dès cet été. Donc, ça supposerait que, dès maintenant, si on ne veut pas perdre dans le champ, là, cette expérience accumulée dans certains comités d'usagers et la mise en place de directions et de conseils d'administration qui n'en auraient pas la préoccupation, il faudrait donc voir, dès cette présente session parlementaire, à ce que des changements interviennent pour qu'en parallèle, si vous voulez, à cette réorganisation soient modifiées les dispositions concernant les comités d'usagers pour qu'on en retrouve dans les établissements.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Si vous permettez, dans la loi n° 109... la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'article 209, évidemment il va y avoir une... il faudrait que cette loi-là soit changée parce qu'on parlait évidemment de centres d'hébergement et de soins de longue durée de plus de 20 lits, etc., et puis ce n'étaient pas tous les centres hospitaliers. Comme M. Poirier, à l'Hôpital d'Arthabaska, ils ne sont pas tenus d'avoir un comité, ils en ont un. À l'Hôpital Laval, ils ne sont pas tenus, ils en ont un, la même chose à Drummondville. Mais il faudrait que la loi soit corrigée de façon à ce que tout établissement, je pense, ait un comité des usagers. Je pense que le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke n'a pas de comité des usagers; on a par contre un représentant du service à la clientèle. L'Hôpital Charles-Lemoyne, à Montréal, n'a pas de comité des usagers parce qu'ils ne sont pas tenus d'en avoir un, même s'ils nous ont rencontrés pour en mettre un sur pied. Alors, c'est sûr qu'il y a un travail à faire à ce niveau-là. Puis je pense qu'au niveau de la loi il va falloir absolument qu'elle soit corrigée.

Mme Harel: Quels sont vos rapports avec le Conseil pour la protection des malades? Vous entretenez, disons, des... Vous avez une collaboration formelle, informelle...

M. Poirier (André): C'est plus informel que formel. Bon. Comme regroupement à l'heure actuelle, étant donné que c'est embryonnaire, on commence, je veux dire, on a des gens de presque toutes les régions du Québec, mais c'est plus des rencontres qu'on a déjà eues avec Mme Denis en fonction de la promotion des choses ou l'implication de nos gens sur le plan local ou régional. Des gens ont rencontré le Protecteur du citoyen, mais il n'y a pas eu plus de contacts que ça avec le Protecteur du citoyen.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Pour vous répondre franchement, c'est qu'ils sont au courant évidemment des démarches que l'on fait, puis on a eu un entretien avec eux avant notre rencontre provinciale, et puis les gens du comité se disaient, dans un premier temps: Laissons-nous

le temps de se définir comme organisation avant de rencontrer ces gens-là. Ça fait que c'est sûr qu'éventuellement ce qui va être important, c'est d'avoir... Je pense qu'on peut travailler en partenariat assez facilement. Nous sommes davantage sur le terrain qu'ils le sont. Mais je pense qu'éventuellement on va être tenus de se rencontrer mais quand on sera structurés. Je pense que des gens disaient: Écoutez...

Puis je peux vous donner une réponse encore plus transparente et plus franche. Tous les centres hospitaliers nous ont répondu: Écoutez, nous autres, le Conseil pour la protection des malades, il ne nous apporte rien dans le fond parce que — vous l'avez vu tantôt — c'est centre de réadaptation, centre hospitalier psychiatrique et CHSLD. Alors, ce qui fait que, bon, là il y a une association peut-être à faire en quelque part, puis ça, c'est une démarche qu'on devrait entreprendre d'ici peu, je pense bien.

Mme Harel: Mais est-ce que vous avez des représentants de comités d'usagers qui sont nommés sur les équipes de vérification actuellement en circulation dans les CHSLD?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Non.

Mme Harel: Mais est-ce que les équipes en circulation actuellement dans les CHSLD les contactent, les comités d'usagers, lorsque... Dans un passé récent, là, il doit y avoir eu, quoi, une trentaine d'établissements, à date, là, qui ont été visités. Est-ce que les comités d'usagers l'ont été également?

M. Dumesnil (Jean-Marie): On ne peut pas vous dire. On va être honnêtes.

M. Poirier (André): Notre spécificité est plus au niveau des CH, des centres hospitaliers comme tels. Alors, c'est nouveau pour nous de penser CHSLD, qui, pour le Conseil de protection des malades, c'est... d'autres quotidiens.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Je pense qu'il faut nous informer de façon... Aussi, je pense qu'il faut se situer là-dedans, c'est que, nous, on entrevoit bientôt des tournées provinciales pour s'assurer que... Bon. On a des mécanismes qui vont être en place pour s'assurer de, premièrement, la mise sur pied des comités des usagers puis l'interface avec les comités des usagers.

Mme Harel: Et, en regard, par exemple, des établissements, tels les CLSC, qui supervisent des ressources intermédiaires, voyez-vous également l'établissement de comités d'usagers à ce niveau?

M. Poirier (André): Oui, ce serait souhaitable.

M. Dumesnil (Jean-Marie): C'est souhaitable, je pense que c'est clair dans notre tête.

Mme Harel: Alors, vous parliez donc, dans votre mémoire, à la page 7, d'un encadrement plus rigoureux à l'égard des commissaires locaux. De ceux que vous proposez, il y a ce rattachement au conseil d'administration, il y a cette nomination entérinée en fait

ou nommés par le conseil d'administration. En voyez-vous d'autres en termes d'encadrement?

M. Dumesnil (Jean-Marie): C'était évidemment la mise sur pied d'un comité de ce qu'on appelle de vigilance, en tout cas, je pense que ce serait une étape... Ça existe dans certains établissements. Mais ce serait une étape importante, je pense, pour suivre la révision des plaintes.

Mme Harel: Et puis vous recommandez que le Protecteur des usagers relève du Commissaire à la santé. Le Conseil de protection des malades, qui vous a précédés, l'a envisagé également, mais dans la perspective où le Commissaire à la santé serait nommé par l'Assemblée nationale, c'est-à-dire aurait toutes les apparences, là, d'impartialité, et de transparence, et d'indépendance. Est-ce que c'est votre point de vue à vous également?

M. Poirier (André): Moi, je pense qu'il pourrait y avoir un avantage en tout cas d'avoir le Protecteur des usagers au Commissaire, en fonction du pouvoir que le Commissaire devrait avoir dans la loi. Moi, ce que j'ai compris tout à l'heure, c'est: il pourrait déposer au ministre des choses. C'est sûr que le patron... Dans ce sens-là, le ministre pourrait dire au Commissaire à la santé: Non, tu ne mets pas ça dedans. Mais je pense qu'une des choses qu'il pourrait y avoir comme... pour faciliter en tout cas ce travail-là, ce serait d'avoir un genre de comité de vigilance aussi au niveau du Commissaire à la santé versus le Protecteur des citoyens, de structurer ça de façon qu'il y ait des gens qui puissent... ça peut être du CPM, ça peut être des aînés, en tout cas différents comités, qu'ils soient comme permanents au niveau du Protecteur des citoyens ou du Commissaire à la santé pour diffuser si jamais ça ne passait pas dans la voie normale.

Mme Harel: Mais le Protecteur du citoyen, lui aussi, publie un rapport annuel qui est déposé, lui aussi, en fait par le ministre à l'Assemblée nationale. Il n'y a pas, si vous voulez, dans ce que je vois de la loi... Le projet de loi n° 38, le Commissaire à la santé n'a pas un pouvoir plus fort, pouvoir d'enquête. Le Protecteur des usagers a le même pouvoir d'enquête. Il y a un pouvoir d'enquête, il y a un... Donc, il doit à chaque année faire rapport, puis le ministre a le même délai pour le déposer à l'Assemblée. Alors, si le Commissaire est nommé, comme le Protecteur des usagers, par le ministre, en quoi l'un a plus d'autonomie que l'autre?

M. Poirier (André): Bon, je suis peut-être moins familier avec... étant donné qu'on est plus terrain à l'heure actuelle, puis c'est notre première expérience à venir ici et à jouer avec des concepts au niveau provincial. Moi, je pense que, si le Protecteur des citoyens avait plus de pouvoirs... le Protecteur des usagers avait plus de pouvoirs ou en tout cas, pour moi, avait, au niveau de cette recommandation, plus d'influence, bien, je veux dire, si ça passe par le Commissaire à la santé, tant mieux. Si ça peut passer par lui-même, parfait aussi. Je veux dire, je ne vois pas d'obligation...

Mme Harel: ...objectif, c'est d'avoir plus de pouvoirs. Bien, à ce moment-là, s'il relève de quelqu'un qui relève de quelqu'un...

M. Poirier (André): Oui, c'est possiblement peut-être pas correct aussi.

Mme Harel: Surtout que ce quelqu'un-là n'aura pas plus de pouvoirs que le Protecteur lui-même par rapport au ministre. Ça fait qu'on tourne en rond.

M. Poirier (André): Je vous donne raison.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Oui, mais c'était une suggestion dans le fond, on disait que c'était une suggestion qui peut être tenue compte. Mais c'est sûr que le Protecteur des usagers, je pense, c'est le deuxième palier actuellement après la commissaire locale, la première plainte. La deuxième, c'est le Protecteur des usagers. Alors, ces structures-là, il faut qu'elles demeurent. Ça, je pense que le Commissaire, c'est beaucoup plus sur l'ensemble du réseau complet de la santé, là.

Mme Harel: Voyez-vous, dans l'encadrement, là, que vous proposez à la page 7, un encadrement plus rigoureux, voyez-vous que le Protecteur des usagers ait un rôle à jouer dans la formation des commissaires locaux? Dans la mise en place d'un protocole, si vous voulez, de traitement des plaintes au niveau local, est-ce que vous voyez que le Protecteur devrait avoir un rôle, si vous voulez, d'accompagnement, de formation, peut-être de coordination?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Je pense qu'ils en ont déjà un. Ça existe déjà. En tout cas, nous, au début... Ils en ont déjà un. Je pense qu'au début, nous, nous avons été invités à des rencontres de formation et d'information avec les commissaires, ce qui veut dire que ça existe déjà. Il s'agit de voir la nature, de quelle façon c'est fait puis de voir si ça peut être amélioré, je pense.

Mme Harel: Oui, la question, c'est de savoir: Est-ce que c'est suffisant, finalement?

M. Poirier (André): Moi, je pense qu'il y aurait avantage, au niveau des commissaires locaux, à avoir de la formation continue en tout cas parce que c'est un poste qui est nouveau, il y a plein d'informations, et de formation, et pas juste une formation juridique, par exemple, là, mais une formation en fonction d'accueil, d'avoir, je dirais, un préjugé favorable à l'usager qui porte plainte, qu'ils ne soient pas là pour défendre l'administration. Ça fait qu'il y a des gens, oui, je pense que globalement ils ont un bon esprit, mais, d'avoir une formation dans ce sens-là, je pense que ça pourrait être avantageux, que ça vienne du Protecteur de l'usager, ou que ça vienne du ministère, ou que ça vienne d'une autre instance, peu importe, là. Mais, oui, je pense qu'il pourrait y avoir avantage à...

• (11 h 20) •

Le Président (M. Copeman): Ça va? M. le député d'Arthabaska.

M. Bachand: Merci, M. le Président. Bonjour messieurs, M. Poirier, M. Dumesnil. M. Poirier, vous savez à quel point je suis heureux de vous voir ici, aujourd'hui. Je n'ai pas besoin de témoigner de ça, je le fais quand même.

Question n° 1 donc, ma première question s'adresse à vous, messieurs. Il y a une espèce d'organisation qui est en train de se faire autour de la nomination, l'orientation qui se fait autour de ça: Est-ce que le Commissaire devrait être nommé par le gouvernement ou par l'Assemblée nationale? Dans votre mémoire, à la page 9, vous en faites état un petit peu et vous dites que «le comité provisoire du regroupement des comités des usagers salue l'initiative du gouvernement de nommer un commissaire». Moi, j'aimerais savoir si, dans ces mots-là, vous aviez déjà fait la distinction entre une nomination par l'Assemblée nationale ou par le gouvernement, ou pas.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Tout à fait. Je pense que, dans cette forme-là, je pense que c'est clair, dans ce sens-là, on le voyait par le gouvernement, je veux dire, de la façon dont ça a été présenté. Mais évidemment il y a d'autres personnes qui ont des points de vue différents. Mais, nous, on ne voyait pas de difficulté au niveau de l'indépendance si évidemment... complètement libre de fonctionner.

M. Bachand: Parce que je voulais juste que ce soit clair, M. le Président, si vous permettez. Donc, maintenant que c'est bien clair dans mon esprit, vous savez qu'il y en a qui ont fait la distinction. Entre autres, si je prends le Conseil de la santé et du bien-être mais aussi le Conseil de la protection des malades, c'est fort intéressant, ils faisaient une distinction entre celui qui nomme et celui dont il relève. Ils faisaient une distinction importante.

Vous, dans votre mémoire, au deuxième paragraphe, vous dites: La Commission de la santé et du bien-être «relèvera directement du ministre de la Santé». Vous ne nous parlez pas de la nomination, vous l'avez dit au premier paragraphe, par le gouvernement. Expliquez-moi comment... Et vous dites, à l'intérieur de ce même paragraphe là: «Il devra toutefois être en mesure de faire preuve de transparence...» Expliquez-moi dans quelle perspective et comment ça peut se faire, quelle mécanique qui peut faire en sorte qu'effectivement même s'il est nommé par le gouvernement, on peut à tout le moins présumer que, oui, il va avoir l'indépendance d'action et l'indépendance aussi intellectuelle pour agir.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Si vous regardez un petit peu plus loin aussi, on demande, nous, d'avoir un siège permanent. Puis la question où on s'interroge puis où nos membres s'interrogent là-dessus, c'est à savoir: Est-ce que d'autres organisations indépendantes évidemment du gouvernement pourraient avoir un siège permanent qui ferait en sorte que ces groupes-là soient en mesure d'évaluer le travail qui est fait par le Commissaire à la santé, même s'il relève du ministre? Alors, si on est six, sept, huit membres qui avons l'occasion de nous réunir régulièrement et de viser l'ensemble de ce qui se passe dans le milieu, je pense que nous sommes... en tout cas, nous, en tant que comité des usagers, on est indépendants de tous, ce qui veut dire qu'on a une liberté de parole. Je pense qu'on est capables de réagir si jamais ça ne fonctionne pas.

M. Bachand: Là, c'est clair. Merci, M. le Président.

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

Mme Harel: Il y a présentement le Conseil santé et bien-être qui, depuis 1992, n'est-ce pas — la réforme de M. Marc-Yvan Côté — assure ce rôle conseil de participation et de délibération de citoyens auprès du ministre. Vous, vous dites: Ce rôle, il faudrait maintenant qu'il soit auprès du Commissaire. Et, en vous écoutant, je me disais que vous avez évolué sur la nomination du commissaire local, en une semaine, du directeur général au conseil d'administration, c'est donc que ça a de l'importance. Vous en avez rediscuté, puisque vous avez changé votre mémoire. Donc, la nomination de qui on dépend, c'est important. Si on dépend du directeur général, c'est différent, puisque vous avez choisi de modifier votre mémoire pour le faire dépendre du conseil d'administration. Donc, de qui on dépend est important, c'est ce que je dois comprendre. Et vous nous dites: Dépendre du gouvernement ou de l'Assemblée nationale, ça, c'est du pareil au même. C'est ce que je dois comprendre?

M. Poirier (André): Mais, moi, je pense, ce n'est pas du pareil au même, mais on pense que, si c'est par le gouvernement, avec un comité de vigie, dans ce sens qu'on parle de commission permanente, en tout cas, je pense, c'est une façon d'explorer des choses et d'être capable de fonctionner.

Mme Harel: Vous préférez ce comité de citoyens, là, auprès du Commissaire à la santé plutôt qu'auprès du Protecteur des usagers.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Pourquoi pas? Je pense qu'on est une fonction indépendante du milieu de la santé, il faut faire attention. Nous, en tant que comité des usagers, je pense qu'on est en mesure d'apporter des éclaircissements sur tout ce qui se passe dans le milieu de la santé si notre réseau fonctionne. Alors, je pense que d'avoir une voix de gens qui sont sur le terrain, je pense que ce serait peut-être en tout cas intéressant de le faire.

Mme Harel: Moi, je m'en voudrais de ne pas tomber, comme vous disiez tantôt avec raison, M. Dumesnil, et vous aussi, M. Poirier, là, sur le terrain concret, là. Presque à tous les mois, je reçois un état de situation d'une usagère. C'est une dame Matilda Coviensky qui est usagère du CHUM. Elle signe comme ça: Usagère du CHUM. Elle m'écrit au nom des patients usagers de l'ex-unité métabolique, n'est-ce pas? Donc, voyons voir le parcours, là, disons, dans un dossier précis.

Il y a des usagers de cette unité métabolique, dont on me dit qu'elle existait depuis 30 ans à l'Hôpital Notre-Dame, le 8e Mailloux — vous devez connaître sûrement — et puis ces usagers considèrent que la fermeture du 8e Mailloux, ça a été pour eux une catastrophe. Enfin, ils l'écrivent et ils disent que l'unité, qui a été fermée le 21 septembre et qui devait être

en fait adaptée pour une nouvelle vocation, hôpital de jour de la psychiatrie, est toujours fermée depuis plusieurs mois déjà, huit mois en l'occurrence.

Alors, est-ce que... Par exemple, des usagers qui veulent s'impliquer, comment procéderaient-ils pour pouvoir faire valoir leurs voix, si vous voulez?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Dans un premier temps, est-ce que vous me permettez de faire la lumière sur le dossier, puisque j'y ai participé, à ce dossier-là? Dans un premier temps, l'unité métabolique du 8e Mailloux était située dans un endroit qui était plus ou moins sécuritaire. C'est une vieille aile. Le transfert de l'unité par elle-même se faisait dans le secteur... dans une unité de soins de gériatrie, bien, qu'on appelle de gériatrie, je pense que c'est des soins de courte durée donnés à des personnes âgées, mais 70 % des patients au CHUM sont des personnes âgées dans toutes les unités de soins.

Là, je pense que l'implication a été importante. L'implication est importante, Mme Harel, parce que, dans un premier temps, on a rencontré les patients, des patients qui ont, en moyenne, une durée de séjour de six jours. On a rencontré les patients, qui, en bout de ligne, nous ont dit: Écoutez, nous autres, notre crainte, ce n'est pas nécessairement parce que... Ils étaient transférés dans un endroit plus sécuritaire, plus proche des soins et également aussi dans un endroit qui venait d'être complètement rénové. Une partie était de la gériatrie, et l'autre unité, c'était l'unité métabolique. Les patients nous ont dit: Écoutez, notre crainte, nous autres, c'est d'avoir à passer par l'urgence, on n'a pas de problème avec le transfert.

Alors, le transfert, la raison pour laquelle, nous, on n'est pas intervenus publiquement dans ce cas-là, c'est que la résistance venait davantage de la partie médicale et de la partie syndicale, et on s'est servi des patients — puis, ça, je le dis en toute transparence — on s'est servi des patients comme messagers. Mais on a été très impliqués dans le dossier de A à Z.

Mme Harel: D'accord. Elles auraient pu, à ce moment-là, s'adresser au Protecteur des usagers? D'accord.

Le Président (M. Copeman): Ça va, Mme la députée?

Mme Harel: Oui.

Le Président (M. Copeman): Oui. Alors, madame... Là, j'ai des signes contradictoires, là. M. le député d'Arthabaska. C'est bien ça? Allez-y.

M. Bachand: Merci, M. le Président. J'aimerais que vous me parliez un petit peu, en fait, en complémentaire, sur la structure même du regroupement pour appuyer le Commissaire de la santé et du bien-être, la structure d'un comité provisoire du regroupement des comités. Ça, c'est intéressant parce que ça vient un peu en emphase sur votre orientation qui dit que le Commissaire pourrait être nommé par le gouvernement. Et ce qui est important là-dedans, c'est que le Conseil de la santé et du bien-être aussi est venu nous faire des représentations et il a mis aussi en lumière cette espèce de dualité qu'il y a

entre la nomination du gouvernement et la nomination de l'Assemblée. Vous, vous vous prémunissiez de ça en disant: Bien, écoutez, il y a quelque chose d'intéressant dans cette formule-là, et vous préconisez en fait la structure du comité provisoire.

Dites-moi un petit peu, là... Si vous pourriez élaborer un petit peu plus, là, pour me rassurer, là, qu'effectivement ce comité provisoire là pourrait vraiment avoir tout son sens, là, et nous prémunir, là, d'une orientation que pourrait avoir un commissaire.

● (11 h 30) ●

M. Dumesnil (Jean-Marie): Écoutez, je pense que l'initiative qu'on a faite dans le temps... qu'on a prise dans le temps, en 2002, c'est parce que, premièrement, il n'existait pas du tout de communication entre les différents comités des usagers des centres hospitaliers. Oublions les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Alors, c'est évident qu'en prenant un premier contact, en envoyant une lettre et puis en identifiant... Quand vous avez 50 comités des usagers de centres hospitaliers qui vous répondent, dont ceux en soins psychiatriques, qui vous répondent que, oui, il y aurait de l'intérêt à ce que peut-être on se regroupe ensemble pour être une seule voix en tout cas au niveau de différents programmes commandités, à ce moment-là, on se dit: Il y a quelque chose à faire.

Alors, on est allés étape par étape. Ce qu'on a fait, c'est qu'on est allés graduellement. Bon, j'ai rencontré un conseiller, M. Coutlée, conseiller du Dr Couillard, j'ai présenté... on a présenté notre projet. On a dit: Oui, c'est intéressant. Puis c'est un vide actuellement dans... Je pense qu'il faut regarder. Il y a un vide. Le Conseil pour la protection des malades est là, mais il y a un vide qui s'exerce dans le milieu. C'est que, les comités des usagers, la plupart sont laissés à eux autres mêmes sur le terrain. Nous, ce qu'on veut, c'est de se donner une structure qui va faire en sorte que toutes les régions ou territoires vont être représentés, on va avoir un représentant qui va être capable de suivre ce qui se passe dans chacun des réseaux locaux — dans chacun des réseaux locaux, c'est ça — et puis pour qu'on soit capables d'avoir une interface rapide si jamais il y a des problèmes majeurs.

Bon, on a eu des visites dernièrement. On sait que la résidence Cooke est sur la sellette, il y a eu Saint-Charles-Borromée puis il y en a d'autres sûrement. Je pense qu'on devrait avoir un signal rapide, nous, de nos comités des usagers si on les informe puis on les forme bien. Alors, c'est ça, le but qu'on vise. Évidemment, il y a une structure à monter, là, et puis une structure, c'est une permanence, puis une permanence, bien je pense que ce que le comité provisoire souhaite, c'est de rencontrer bientôt le ministre pour lui faire une proposition d'ensemble sur l'organisation qu'on veut mettre en place.

M. Bachand: Merci beaucoup. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Vachon. Il reste à peu près 1 min 30 s.

M. Bouchard (Vachon): Oui. Je vais parler deux fois plus vite. Alors, dites, dans les services de santé, il

y a un certain nombre de services qui concernent plus particulièrement la prévention, et notamment je pense aux services en périnatalité. Vous savez qu'il y a des efforts considérables qui ont été consentis durant les dernières années pour tenter d'implanter des approches de prévention, notamment auprès des jeunes familles en difficulté, entre, disons, moins trois mois et plus deux ans de la vie de l'enfant. Ces services-là sont développés de façon plus ou moins égale selon les territoires, etc. Comment voyez-vous le rôle des comités des usagers dans ces circonstances par rapport au nouveau Commissaire à la santé? Est-ce que vous y voyez des intérêts? Est-ce que vous y voyez des compétences chez les comités des usagers, puisque vous étiez jusqu'à maintenant, je pense, pas mal plus reliés à toute la question hospitalière? Et comment voyez-vous le rôle du Commissaire là-dedans, dans une question comme celle-là?

M. Poirier (André): Bon. Moi, je ne me sens pas habile à répondre en fonction de... parce que, pour moi, c'est plus une mission CLSC, en tout cas à ce que je comprends de ce que vous m'exprimez. En CLSC, il n'y a pas de comité d'usagers, et je pense que, oui, il faudrait qu'il y ait quelque chose qui se fasse dans ce sens-là à court terme ou en tout cas à moyen terme, le plus rapidement possible. Oui, il pourrait y avoir des intérêts, mais, à l'heure actuelle, je veux dire, ça n'a pas été une de nos préoccupations. Comment le Commissaire pourrait voir ça par rapport à ça, je veux dire, moi, je ne suis pas capable, à l'heure actuelle, de vous dire oui, non ou... C'est trop pointu comme point, là, et c'est détaché des CH, à l'heure actuelle, pour une grande partie.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Mais je pense qu'éventuellement c'est quelque chose auquel on devrait évidemment toucher, qu'un comité des usagers devrait toucher.

M. Bouchard (Vachon): Merci bien.

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

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. M. Dumesnil, M. Poirier, merci de votre mémoire. C'est rafraîchissant, vous offrez beaucoup de collaboration. À la page 11, vous parlez de l'importance d'occuper un siège permanent à titre consultatif auprès du Commissaire de la santé et du bien-être. Dans la loi, il est prévu différents moyens pour le Commissaire, comme des comités de travail, consultations, audiences. Est-ce que vous pouvez élaborer un peu plus de la forme que pourrait prendre ce partenariat que vous souhaitez avoir entre le comité et le Commissaire?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Écoutez, je pense que le siège permanent vient que, quand on a des périodes de consultation, quand on a des dossiers spécifiques qui touchent... Nous, en tout cas, en ce qui touche les soins donnés aux patients ou les milieux de la santé, nous, on pense que, si on a un siège permanent, on devrait normalement, de la part du Commissaire, être consultés, du moins approchés lorsqu'il y a des groupes de travail qui sont mis sur pied pour être présents dans ces différents

groupes de travail là. On a des gens qui sont présents en région qui peuvent facilement participer.

Actuellement, nos gens participent aux forums consultation qui sont faits sur la loi n° 25. Alors, nous, on a des gens en région qui ne demanderont pas mieux, qui sont des bénévoles mais qui ont une certaine disponibilité et qui ne demanderaient pas mieux que d'assister, d'être présents puis de donner l'opinion aussi des patients face à différents groupes de consultation. Alors, je pense que, à ce moment-là, quand on dit «siège permanent», bien il faudrait voir si effectivement, lorsqu'il y a un groupe de travail formé ou qu'on a besoin d'information, c'est de nous consulter au moins à savoir si on a de l'intérêt ou si ça nous touche.

Mme L'Écuyer: Juste une clarification. Quand vous dites «permanent», c'est un siège permanent auprès du Commissaire ou permanent au moment où le Commissaire crée un comité de travail ou... Est-ce qu'on peut clarifier un peu?

M. Dumesnil (Jean-Marie): On préférerait davantage permanent aux côtés du Commissaire.

Mme L'Écuyer: ...

M. Dumesnil (Jean-Marie): Ah oui, définitivement, ce qui nous permet d'avoir une vue d'ensemble sur ce qui se passe quand même dans tout le milieu de la santé aussi.

Mme L'Écuyer: Votre regroupement actuellement ne touche que les CH. Vous savez qu'avec la transformation il va y avoir fusion d'établissements ou regroupement pour créer les centres locaux. Est-ce que vous avez commencé à approcher les autres comités d'usagers pour ce type de proposition là ou bien ce n'est qu'à l'intérieur de votre regroupement CH?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Actuellement, il y a 37 centres de santé qui existent au Québec, ça veut dire que les affiliations sont déjà faites. Pour plusieurs, d'ailleurs, on a des membres qui font partie de notre groupe, qui sont dans des centres de santé. Et puis ce qu'on veut faire éventuellement... Moi, j'ai approché, je vous dirais, à peu près 25 centres d'hébergement ou centres de santé, directeurs généraux de centres hospitaliers qui sont prêts à faire la fusion, qui sont prêts à nous intégrer dans cette fusion-là. Et puis...

Je pense à un dernier point, si vous permettez. Non, c'est seulement qu'une... On souhaiterait, au niveau de la nomination des membres du conseil provisoire d'administration dans chacun des réseaux locaux, que le représentant des comités des usagers... — je pense que je l'ai fait valoir à M. Coutlée et à Me Gagnon aussi — de s'assurer que, dans les réseaux locaux, il y ait un représentant des usagers qui est nommé, ce qui ne semblait pas automatique sur chacun des comités provisoires. Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): M. Dumesnil et M. Poirier, merci beaucoup de votre participation devant cette commission parlementaire. Et je suspends les travaux de la commission quelques instants

afin de permettre à Me Boulanger de prendre place à la table.

(Suspension de la séance à 11 h 37)

(Reprise à 11 h 39)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, c'est avec plaisir que nous recevons Me Marc Boulanger. Me Boulanger, vous avez une présentation d'une durée maximale de 20 minutes... droit à une présentation d'une durée maximale de 20 minutes, qui sera suivie grosso modo par un échange de 20 minutes de chaque côté de la table. Alors, sans plus tarder, je vous prierais de débiter votre présentation.

M. Boulanger (Marc): Est-ce que vous voulez que je réponde aux questions tout de suite?

Le Président (M. Copeman): Non.

M. Marc Boulanger

M. Boulanger (Marc): Alors, écoutez, je suis un avocat spécialisé en responsabilité médicale. Je fais cela depuis, je vous dirais, à temps plein, depuis 20 ans. Je représente des patients depuis... contre donc les hôpitaux et les médecins. Nous sommes, vous le savez peut-être, extrêmement peu nombreux dans ce domaine-là. Des avocats en défense, vous en trouverez, mais des avocats en demande, vous n'en trouverez pas ou à peu près pas.

● (11 h 40) ●

Alors, je viens ici pour vous donner un écho de ce que je vois, moi, comme représentant quotidiennement des victimes de fautes médicales par rapport à ce nouveau projet... à ce projet de loi, là, sur le Commissaire en santé et bien-être. Alors, j'ai, dans ma présentation écrite, fait quelques commentaires en marge, à droite, là. J'ai pris le texte spécifique du projet de loi et j'ai mis des commentaires, mes commentaires à droite, alors ça va être facile pour vous de suivre. Mais je vais vous broser, dans un premier temps, une espèce de survol actuel du système tel qu'il confronte — parce que c'est le mot, le verbe juste — les victimes de fautes médicales et hospitalières.

Quelqu'un qui est un blessé médical — appelons-le comme ça — a devant lui un nombre très restreint de recours pour finalement obtenir, entre guillemets, justice, ce qui est pour lui finalement une compensation. Alors, il a devant lui peut-être le recours au Collège des médecins pour une plainte disciplinaire. Mais, pour votre information, année après année, il y a de l'ordre de 1 500 à 2 000 plaintes de patients auprès du Collège des médecins. De ce nombre de plaintes, 1,6 % aboutit devant le Comité de discipline. C'est comme ça année après année, à tel point que j'ai monté, moi, à mon bureau, un dossier sur le Collège des médecins, devant l'inaction du Collège des médecins, et pour expliquer à mes clients: Renoncez, ne faites pas de plainte au Collège des médecins, le processus disciplinaire ne vous mènera non seulement à probablement pas grand-chose, mais surtout va vous nuire parce que vous devrez donner

de l'information à des gens qui sont défendus, à des médecins entre autres, là, qui sont défendus par des avocats que vous retrouverez par la suite dans votre recours civil. Donc, bien souvent, s'il y a une plainte disciplinaire avant même que le client m'ait rencontré, moi, dans mon bureau, pour une réparation au civil du dommage qui lui a été causé, ce client-là a déjà été interrogé par les avocats de la défense que je vais rencontrer ultérieurement.

Alors, je vous ai donné aussi trois exemples d'inaction du Collège des médecins dans des cas absolument patents et j'aurais pu continuer la liste encore, et encore, et encore. Ce n'est pas spécifique au Québec. En Ontario aussi, c'est 1,8 % des plaintes qui aboutissent au comité de discipline. Et tout cela éventuellement, de toute façon, pour n'avoir aucune compensation financière pour le patient. Alors ça, c'est le recours, je vous dirais, presque principal qui est celui du patient. Par ailleurs, le Protecteur du citoyen n'a pas de juridiction sur les ordres professionnels. Le Procureur général ne s'intéresse qu'aux plaintes criminelles, donc c'est sans recours pour le patient lui-même qui est victime de faute médicale ou hospitalière.

Les plaintes disciplinaires à l'intérieur de l'hôpital, c'est un autre véhicule auquel j'ai renoncé de longue main parce que, à nouveau, l'intégration tentaculaire, je vous dirais, des ressources de la défense... Parce que, moi, finalement je fais face à des adversaires extrêmement organisés. Ils sont organisés non seulement devant les tribunaux civils, mais devant le comité de discipline interne à l'hôpital, devant les comités disciplinaires des ordres professionnels. Alors, tout est tout intégré, et la réflexion se fait de façon concentrée chez mes adversaires.

Donc, les recours actuels... Le véritable recours qui subsiste fondamentalement pour la victime de faute médicale, c'est le recours civil, mais ce recours civil devant les tribunaux, bien c'est un recours qui est exigeant, qui exige une preuve complexe et, à nouveau, où on fait face à une défense extrêmement organisée et financée par le gouvernement en bonne partie. Je m'explique.

Les primes, les cotisations d'assurance responsabilité font partie d'une enveloppe budgétaire du ministère de la Santé, et on envoie à chaque année plusieurs dizaines de millions à une compagnie d'assurance. Moi, je l'appelle compagnie d'assurance, mais dans le fond c'est une mutuelle d'assurance, c'est un club de golf, là, c'est un membership auquel on adhère. Et tous les médecins du Canada, à peu près 60 000 et quelques poussières, ne sont pas assurés là mais donc sont assurés auprès de cette association, la Canadian Medical Protective Association. Mais le financement des primes est assuré par le gouvernement du Québec jusqu'à concurrence de 75 %. «Bottom line», il y a de l'argent du gouvernement qui est envoyé à une compagnie d'assurance pour être utilisé contre les patients dans les plaintes des usagers, dans les processus disciplinaires et évidemment dans les recours civils.

Par ailleurs, l'autre joueur majeur, c'est l'Association des hôpitaux qui est financée par le gouvernement, qui est fondamentalement le fonds consolidé du revenu. Alors, si votre fille, ou vous-même, ou votre voisine, ou votre épouse, ou votre conjoint a un problème d'une responsabilité médicale, vous avez devant vous

plusieurs milliards de dollars — parce que c'est de ça qu'on parle — qui vont être utilisés à même les fonds du gouvernement contre vous ou votre personne... la personne qui vous est chère.

Alors, vous comprenez que, quand je vois un débalancement d'un système financier comme celui-là, bien éventuellement ça a des conséquences. Les conséquences sont qu'il est difficile de gagner, d'obtenir compensation. Donc, qu'un système de santé dont la fonction essentielle est de soigner les gens... Très souvent, la plupart du temps, ça réussit, puis on... Je ne décrie pas ici le système de santé que l'on a, là. Il y a au-delà de 60 millions d'actes professionnels posés chaque année au Québec au niveau médical, vous comprenez que c'est l'infime exception qui résulte dans des complications non souhaitées. Bon. Mais il demeure que cette disproportion de moyens devrait être un des sujets traités, envisagés, couverts par le nouveau Commissaire.

Je ne comprends pas qu'un système dont la fonction fondamentale est de soigner les patients et pour lequel on nomme un observateur choisi qui dépendra du ministre ou dépendra de l'Assemblée nationale... Moi, mon choix, ça devrait être l'Assemblée nationale, là. Il y a la moitié du budget qui s'en va là, il devrait dépendre de l'Assemblée nationale et pas seulement d'un ministre et des visées gouvernementales. Mais je ne comprends pas qu'un système qui est mis en place, comme celui-là, pour soigner les patients, et d'un superviseur — appelons-le comme ça — d'un système de santé et des résultats obtenus... ne s'intéresse pas par ailleurs, bien, aux échecs, à la faillite. Lorsque le système fait faillite, lorsque vous rentrez sur vos deux jambes dans un hôpital mais que vous en sortez sur une seule — et c'est littéralement un cas que j'ai à l'esprit en ce moment — comment se fait-il qu'ensuite, si cette personne-là doit faire face au système et peut-être se faire écraser par lui, que le Commissaire n'ait pas à s'intéresser à la vie de cette personne?

Si je me fie au texte, au premier article du projet de loi, on parle du... Il se lit comme suit, l'article 2: «Aux fins d'améliorer la santé et le bien-être de la population, le Commissaire est responsable d'apprécier les résultats atteints...» Bien, si le résultat atteint, c'est un échec, c'est une faillite quelconque, bien le Commissaire doit l'étudier. Ça veut dire que la conséquence logique de ça, c'est qu'on doit étudier aussi, bien, quels sont les droits de ce patient-là et qu'est-ce qu'il doit faire pour obtenir gain de cause éventuellement. Et, si, pour obtenir ça, il doit faire face au système, bien, comme une des fonctions du Commissaire, c'est d'étudier tout l'aspect sur une base systémique...

C'est un ensemble systémique encore, l'article 2. Ce n'est pas un règlement d'application caché quelque part. C'est à toutes fins pratiques le premier article fondamental du projet de loi, hein? Il doit, «prenant en compte l'ensemble des éléments systémiques interactifs». Ça veut dire que le Commissaire devrait regarder, quant à moi, les ordres professionnels, peut-être avoir juridiction là-dessus, et il devrait regarder le système d'assurance responsabilité, comment il est structuré puis les effets que ça a concrètement sur les gens. Donc, je vois, dans ces définitions et ces tangentes, ces visées politiques de l'article 2, un grand... je vous dirais, un espoir que j'espère qui ne sera pas déçu. Je pense qu'on devrait voir dans

le Commissaire quelqu'un de proactif, pas seulement sur les grands enjeux politiques pancanadiens et interprovinciaux, mais très concrètement pour M. et Mme Tout-le-monde.

• (11 h 50) •

Il me reste 10 minutes. Je vais analyser chacun des articles à compter de la page 9, où j'ai... Comme je vous ai dit tantôt, côté gauche, j'ai l'article de loi et, côté droit, j'ai mes commentaires. Évidemment, je ne les lirai pas, je vais simplement donner quelques commentaires au fur et à mesure.

Dans le dernier paragraphe de l'article 2, on voit que le Commissaire «exerce ces responsabilités notamment — le mot "notamment" est intéressant encore parce que ça pourrait verser dans l'assurance, le système d'assurance — en regard de la qualité, de l'accessibilité, de l'intégration, de l'assurabilité et du financement des services, des aspects éthiques liés à la santé et au bien-être».

Je vous donne juste un exemple d'application pratique que j'y verrais. On vient de voir, à Sainte-Justine, qu'il y a une question de consentement éclairé: Est-ce que ce médecin-là avait le droit de cacher ou non aux patients qu'elle se proposait d'opérer le fait qu'elle était porteuse du virus du sida? C'est un aspect éthique. Est-ce qu'on aurait vu... Moi, j'aurais vu le Commissaire, dans une situation comme celle-ci, intervenir, puis étudier la question éthique, puis étudier... Et ça aurait été la personne tout à fait choisie pour se pencher sur la question, parce que ce qui s'est passé à Sainte-Justine peut se passer dans n'importe quel autre hôpital. Et il aurait un rapport à faire au ministre ou à l'Assemblée nationale. Je pense que ça pourrait être... ça devrait être l'Assemblée nationale, oui.

À l'article suivant que j'ai discuté dans mon texte, article 6, il y a un serment de secret du Commissaire alors, et qui va éventuellement être assermenté avec les mots suivants: «Je déclare sous serment que je remplirai mes fonctions avec honnêteté, impartialité et justice. De plus, je déclare sous serment que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement confidentiel dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.»

Moi, ici, je tiens simplement à mettre en garde. Ce même serment, vous le retrouvez à la toute fin de mon mémoire, à la page 19. C'est un serment de discrétion — c'est copier-coller — que l'on retrouve dans les règlements d'application touchant aux fonctions du syndicat du Collège des médecins. Alors, moi, je me bute à ce serment-là quand je veux savoir... Quand je vois que le syndicat du Collège des médecins s'est tourné les pouces, qu'il n'a pas fait ce qu'il aurait dû faire et que j'ai de la preuve abondante et des expertises par-dessus expertises qui m'indiquent que le travail n'a pas été bien fait, bien je demande au Collège des médecins... au syndicat: Qu'est-ce que vous avez fait? Je voudrais savoir: Avez-vous fait enquête? Avez-vous consulté tel ou tel expert? Avez-vous tel type d'expert? Dites-moi ce que vous avez fait. On m'envoie ce serment-là en plein visage pour me dire: On n'a rien à vous dire parce qu'on a obtenu des choses confidentielles et on a été assermentés à l'effet qu'on ne dira rien. Donc, ce que je souligne ici, à l'article 6, c'est qu'il faut faire attention que la transparence qui est souhaitée dans ce

projet de loi là ne soit pas mise en échec par le serment.

Les articles suivants. L'article 9, je vais passer rapidement, sans ça je vais manquer de temps. L'article 10, il y a des appréciations raisonnables... des attentes raisonnables qui peuvent découler... Je vous soumetts que les attentes raisonnables des patients, c'est qu'il y a un suivi après-vente. Si vous allez chez RONA, que vous achetez un moine électrique et puis que votre moine électrique ne marche pas, vous avez deux ans de garantie pour le retourner. On va s'occuper de vous, ça se peut qu'on envoie un technicien chez vous le réparer. Quand un système de santé ne marche pas, il n'y en a pas de suivi. Alors, les attentes raisonnables du patient, c'est qu'on va s'occuper d'eux non seulement au niveau de la santé, mais au niveau de la compensation, éventuellement.

L'article 10, 2^o: Le Commissaire «informe le ministre et la population de la performance globale du système de santé». À mon sens, il n'y a pas d'étude de performance globale du système de santé si on n'étudie pas la question de responsabilité médicale et hospitalière, évidemment. Il me reste combien de temps, monsieur?

Le Président (M. Copeman): Il vous reste cinq minutes.

M. Boulanger (Marc): Ah, j'en ai en masse. L'article 13 est un article qui est intéressant: «Dans l'exercice de ses fonctions, le Commissaire peut notamment, lorsqu'il le juge nécessaire:

«1^o avoir recours à des experts externes afin de lui faire rapport sur un ou plusieurs points précis qu'il détermine;

«2^o effectuer lui-même ou faire effectuer des études, enquêtes ou sondages permettant de documenter une question sur laquelle il doit donner un avis.»

Dans la mesure où le Commissaire aurait à donner un avis sur les structures d'assurance mises en place et qui sont, je le répète, véritablement un système qui est utilisé contre les patients, je pense que le Commissaire devrait avoir un pouvoir d'enquête donc touchant à cette question d'assurance. Par exemple, il y a probablement quelque chose comme 500 millions de dollars québécois qui dorment dans les coffres de cette compagnie d'assurance à Ottawa et qui ne serviront à peu près jamais à rien. Je pense que le Commissaire devrait avoir un mot à dire puis un oeil à jeter sur la non-utilisation de cet argent-là, peut-être la récupération de 500 millions. Ce n'est pas rien, c'est un demi-milliard. Puis c'est une approximation, c'est peut-être plus. Je sais qu'en Ontario le gouvernement ontarien, il y a quelques années, avait commencé à questionner beaucoup les réserves de la Canadian Medical. Je pense, par exemple, que le Commissaire pourrait nommer des actaires puis faire étudier lui-même par des experts externes la nécessité de continuer à le financer comme on le finance actuellement et la nécessité de maintenir des réserves complètement excessives par rapport à ce qui est payé aux victimes.

Pour vous donner une idée, là, il y a au-delà de 2 milliards de dollars de réserve dans le fonds de cette compagnie d'assurance là et il y a, année après année... Il y a une seule année où il y a 100 millions qui ont été

payés aux victimes canadiennes. Alors, 2 milliards pour 100 millions, je suis certain qu'un actuaire aurait un œil différent de celui de la compagnie d'assurance. Et d'ailleurs le fonds... pardon, la Fédération des médecins spécialistes avait étudié la question, il y a quelque temps, pour fonder sa propre assurance responsabilité professionnelle et avait établi que les primes baisseraient de 50 % avec ses propres actuaires. Alors, il est question de millions ici, et ça pourrait faire l'objet d'une étude du Commissaire, y compris la création d'un fonds d'assurance responsabilité professionnelle local tout à fait distinct du système qui est actuellement mis en place.

Le Commissaire remplace, aux articles 28 et suivants... On remplace, là, la Loi sur le Conseil médical et la Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être, et le Commissaire acquiert les droits et biens et assume les obligations et les procédures. J'ai listé la composition de ces comités qui proviennent de la Loi sur le Conseil médical et sur le Conseil de santé et bien-être, et il n'y a à peu près pas de représentants des patients. Par exemple, le conseil, en vertu de la Loi sur le Conseil médical, est constitué d'omnipraticiens, de spécialistes, de médecins recommandés par le Collège des médecins, un médecin choisi par le CMDP, quatre personnes nommées après consultation des doyens des facultés de médecine, trois personnes nommées après consultation du milieu de la santé et des services sociaux, un résident en médecine et une personne inscrite en formation médicale doctorale. Personne pour les patients.

Je suis de Québec, je suis ici depuis 1980. Depuis 20 ans, je représente les victimes de fautes médicales, et pas une seule fois... Ce n'est pas vrai. La semaine passée, pour la première fois, j'ai rencontré quelqu'un du gouvernement qui est intéressé à savoir ce que, moi, j'avais à dire comme représentant des patients. Pourtant, on me voit régulièrement dans les médias, à la télévision, aux journaux, et tout ça. Je suis connu, je connais mon affaire. Mais les gouvernements, un après l'autre — et celui-ci fait exception, c'est la première fois, comme je vous dis, que je suis appelé à donner une opinion — ne semblent pas intéressés à savoir ce que les victimes ont à dire. Quand il y a un usager, il est noyé à travers 19 autres personnes.

Alors, en conclusion, mes recommandations, ce que je suggère à travers cette longue palabre, c'est quatre ordres de choses. D'abord, je pense qu'il devrait y avoir une indépendance politique du Commissaire. Je suis d'avis qu'il devrait dépendre de l'Assemblée nationale, point.

● (12 heures) ●

Deuxièmement, si c'est impossible ou si le train est déjà trop en marche sur la voie de la dépendance du ministre ou des politiques gouvernementales, bien, à tout le moins, il devrait y avoir des pouvoirs hybrides, certains dépendant du ministre et, pourquoi pas, certains qui dépendraient de l'Assemblée nationale. Je ne sais pas si cette question a été abordée à date, mais, moi, l'idée qu'on ait un Commissaire qui dépend exclusivement du ministre ou du gouvernement me fait remonter à quelques années en arrière, quand on a mis à la retraite un nombre considérable de médecins, un nombre considérable d'infirmières et que par la suite ce n'était pas une bonne décision. Mais c'est dur... en rétrospective, c'est peut-être dur

de savoir, sauf qu'après coup on peut admettre l'erreur et peut-être la corriger. Mais, si on a un commissaire qui dépend du ministre ou du gouvernement, il ne sera pas nécessairement intéressé à... ou enfin son rapport va peut-être aller à l'encontre — j'ai deux autres points, ça va me prendre 30 secondes — à l'encontre des visées gouvernementales, donc peut-être un rapport peut demeurer stérile ou avoir moins d'impact.

En troisième lieu, je pense que le Commissaire doit absolument s'intéresser à la question des victimes de fautes médicales, ce qui veut dire qu'il doit toucher aux centaines de millions qui concernent l'assurance responsabilité, les réserves financières qui sont utilisées contre les patients — contre les patients — et à même les sous du système. On devrait avoir une étude qui pourrait être commandée, par exemple, à Me Pierre Deschamps, qui est un avocat qui connaît très bien le système et qui pourrait superviser la question des fautes professionnelles.

Enfin, quatrième point, au niveau de l'indemnité. Quatrième point, je pense que le Commissaire ne devrait pas seulement avoir un pouvoir de recommandation, il devrait avoir des sous, il devrait avoir un budget et être capable, de façon sporadique ou ad hoc, de corriger une situation qu'il juge injuste.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Me Boulanger, bonjour. Évidemment, c'est intéressant d'entendre vos remarques, réalisant qu'on est tous ici pour une seule raison, pour assurer l'amélioration de la qualité de soins aux patients au-delà des préoccupations professionnelles de chacun, quel que soit l'horizon dont on vient. Je vais donc toucher quelques points que vous avez soulevés pendant votre mémoire pour les discuter avec vous.

Le premier est assez fondamental, c'est le maintien, dans vos paroles et dans vos écrits, d'une préférence nette, aux dépens même des autres mécanismes prévus soit au niveau des ordres professionnels ou du réseau de la santé, de l'approche judiciaire de type redressement de torts ou litiges dans cette question des fautes médicales. Est-ce qu'à votre connaissance il existe un seul exemple dans le monde, dans une juridiction autre, soit au Canada, aux États-Unis ou dans d'autres pays ou continents, que ce système-là a un effet d'entraînement et d'amélioration de la qualité, en bout de ligne, pour les patients?

M. Boulanger (Marc): Vous voulez dire le maintien d'un système de responsabilité civile judiciaire?

M. Couillard: Est-ce que le maintien comme mécanisme fondamental de compensation ou de correction des fautes médicales...

M. Boulanger (Marc): Réponse, oui.

M. Couillard: ...d'un système judiciairisé de correction de litiges et de versement de compensation a-t-il un effet démontré sur l'amélioration des services où que ce soit dans le monde?

M. Boulanger (Marc): Réponse. Je vais vous répondre à partir de deux études qui ont été faites ici, au Canada, une qui est en 1980, qui est le rapport Pritchard, qui est le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto, et la seconde du juge Dubin, juge à la retraite de la Cour d'appel d'Ontario.

Donc, dans le premier cas, c'était le rapport Pritchard et c'était un rapport sur la possible mise en place d'un système de «no fault» de responsabilité, donc un système de compensation autre que celui qui existe. Et le rapport avait été long, et ça avait été une longue consultation avec bien, bien, bien du monde qui avait été impliqué, sauf les patients. Il y a une liste assez exhaustive de personnes qui ont été consultées, dont des juristes très en vue ici, au Québec, le juge Baudouin particulièrement, qui est juge à la Cour d'appel et qui est celui qui a écrit... Le livre sur la responsabilité civile au Québec, c'est lui qui l'a écrit.

Alors, le résultat était que... un des résultats, une des conséquences... des conclusions auxquelles est arrivé M. le doyen Pritchard et tout ce comité-là, c'était que le maintien de la possibilité d'être imputable de ses actes éventuellement devant une cour de justice encourage une meilleure médecine. Alors, ça a été une longue étude, sur plusieurs années. C'était en 1980.

En 1997, la Canadian Medical Protective Association, le multimilliardaire assureur dont je vous ai parlé tantôt était sous pression... Ce n'est pas en 1997, excusez-moi, c'était... Oui, c'était en 1997.

En 1995, la CMPA étant sous une immense pression politique de la part des différents ministères de la Santé, mais particulièrement celui de l'Ontario, qui est un bailleur de fonds fondamental pour la CMPA, qui se questionnait... donc, les gouvernements se questionnaient sur l'opportunité d'avoir des réserves aussi immenses quand il y avait si peu qui en sortait pour les victimes. Alors, il y avait beaucoup de correspondance. La CMPA avait des comptes à rendre.

Par ailleurs, il y avait une autre pression qui venait de l'autre côté, et particulièrement du Québec, où la Fédération des médecins spécialistes du Québec était en train de mettre en place son propre régime d'assurance responsabilité professionnelle, comme le Barreau a le sien, la Chambre des notaires a le sien et en général les ordres professionnels ont le leur, pour donc se distancer de la CMPA et gérer ses propres affaires, ici, localement. C'est tombé en 1995. C'est le temps du référendum, les assemblées de médecins ont été noyautées par la CMPA et, bon, c'est une question... On n'est pas pour se séparer d'une association qui existe depuis 100 ans, etc., puis qui rend des bons services. Bref, c'est tombé mort, ce projet-là d'avoir de l'assurance responsabilité locale. Mais évidemment qu'il y a une pression énorme sur la CMPA, qui a engagé donc et payé à ses frais... Donc, l'assureur engage et paie un juge à la retraite hautement crédible pour faire une étude sur elle-même. C'est ce qu'on a appelé le rapport Dubin, en 1997. Un des résultats de ce juge-là, après multiples études, et tout, a été que le maintien d'un système de responsabilité civile par lequel les médecins, et le système est imputable devant les tribunaux de la qualité des soins rendus, est... contribue à l'amélioration des services rendus.

M. Couillard: Évidemment, c'est une conclusion qui est très discutable et discutée. Puis on sait qu'il y a

beaucoup de juridictions partout dans le monde qui sont soit à modifier, soit à même abandonner le système de judiciarisation des fautes médicales, incluant aux États-Unis, où on songe par exemple à modifier le montant des compensations.

Mais je voulais aller à un autre point que vous avez soulevé quant à l'implication financière du gouvernement dans la couverture médico-légale des professionnels et des établissements du réseau de la santé. On sait que cette participation a été débutée, sauf erreur, par le gouvernement précédent. Et, dans la continuité, on pense qu'il y a une logique à ça parce que, si on a un système de santé public entièrement financé par les deniers publics et qu'on désire donc le conserver comme tel et ne pas le soumettre aux lois du marché, il est essentiel de déconnecter les coûts du régime des coûts de protection médico-légale et donc que l'État assume ses responsabilités. Si les médecins en particulier ne peuvent inclure dans leurs tarifs le coût potentiel de protection médico-légale, comme c'est le cas aux États-Unis, si les établissements ne peuvent le faire pour leurs budgets de fonctionnement, il est donc essentiel que le gouvernement intervienne à cet endroit-là. Et donc, pour moi, il y aurait une contradiction flagrante, s'il ne faisait pas ça, entre le caractère public du système de santé et l'approche libre-marché ou «free market», là, qui résulterait d'une attitude inverse.

Donc, pour ma part, je favorise absolument le maintien de ce soutien financier, pendant que la réflexion sur les sujets de fond que vous mentionnez vous-même doive se poursuivre quant au fait que beaucoup de gens qui sont victimes d'erreurs ou de fautes médicales, en fait et en pratique, ne sont pas compensés et souvent pas entendus. Et là il y a d'autres façons de s'adresser à ce problème que d'aller vers un renforcement, à mon avis, de l'approche judiciarisée. Et là également il y a peut-être une différence de vision. La comparaison de la perceuse tantôt, je l'apprécie, mais est-ce que, pour vous, les systèmes de santé... le produit du système de santé, c'est un bien de consommation...

M. Boulanger (Marc): Bien non.

M. Couillard: ...ou c'est un service public de solidarité? Je pense que c'est ça, la différence.

M. Boulanger (Marc): Est-ce que je dois vraiment répondre à cette question-là?

M. Couillard: Bien, c'est parce que c'est la logique. Quand on parle de... les écrits... quand on parle de service après vente... On ne vend pas de services, on se les donne collectivement entre Québécois. Pour moi, c'est une grosse différence.

M. Boulanger (Marc): Bon. Alors, je vais répondre évidemment à ce point-là. Je ne prétends pas qu'on vend des biens mais que l'on soumet des services. Ce que je dis, c'est que le résultat peut quelquefois être le même, c'est-à-dire que ce qu'on consomme, que ce soit un bien ou un service, n'amène pas le résultat souhaité. Alors, c'était une illustration de mon propos et non pas une comparaison de ce qu'on achète ou ce qu'on n'achète pas.

D'ailleurs, en 1994, le Code civil a changé. On a rajouté l'article 1525, qui prévoit maintenant qu'une entreprise... qui inclut maintenant dans le droit civil la notion d'entreprise: l'entreprise est maintenant une entreprise de biens ou de services, qu'elle soit à but ou non lucratif. Alors, je pense que nos élus doivent avoir à l'esprit que la santé, c'est une entreprise — parce que c'est ça qui est écrit dans la loi — c'est une entreprise de santé, au même titre que l'industrie pétrochimique est une industrie puis que l'aéronautique est une industrie. Point. Or, ces industries-là mettent des sous, beaucoup de sous dans la prévention. C'est ce que j'ai écrit aussi dans mon mémoire. L'industrie de la santé n'en met à peu près pas.

● (12 h 10) ●

Par ailleurs, je reviens sur votre propos antérieur, M. le ministre, à l'effet que, comme on a... que l'État doit participer au niveau de l'assurance parce que, dans leurs budgets de fonctionnement, les hôpitaux ne peuvent pas facturer, contrairement à ce qui se passe aux États-Unis, ou les médecins ne peuvent pas non plus repasser la facture à leurs patients. Fort bien. Mais la logique doit continuer aussi. La réalité, le résultat de cela, c'est quand même que des millions, et des millions, et des millions de dollars sont payés par le gouvernement en assurance contre les patients. Alors, je pense que la... Évidemment, un patient est défavorisé dans une situation comme celle-là. Et je verrais tout à fait d'un oeil... d'équilibrer les choses, et d'un oeil... En tout cas, je verrais tout à fait qu'on puisse mettre en place un fonds de financement pour les victimes. Au même titre qu'on envoie des millions pour les attaquer, ils devraient avoir le même fonds de leur côté pour se défendre ou promouvoir leurs droits. Ça existe déjà. Ce n'est pas nouveau, ça, ça existe, le Fonds d'aide aux recours collectifs existe déjà. Alors, c'est quoi, la logique de ça? C'est le petit contre le gros. Et, lorsque le petit est susceptible de ne pas avoir de recours parce qu'il est sous-financé, l'État est intervenu. C'est exactement ce qui se passe dans le domaine de la santé.

M. Couillard: O.K. Alors, oui, effectivement, puis... Il me reste cinq minutes. C'est ça? Puis ensuite je terminerais, puis on pourra passer aux collègues. Effectivement, le point qui est mentionné, c'est qu'il y a beaucoup de gens qui ne sont pas compensés pour les fautes médicales parce qu'ils semblent démunis devant l'immense machine devant laquelle ils se trouvent. Mais à mon avis la solution de ça, ce n'est pas renforcer le système actuel, c'est d'en imaginer un autre où l'ensemble des gens sont écoutés et compensés. Mais ça, c'est un autre débat sur lequel on reviendra certainement.

Mais, quant à l'étude des plaintes, je suis un peu surpris de voir dans les écrits qu'on décourage les patients ou les usagers d'utiliser le système de plaintes ou les systèmes propres aux ordres professionnels. Et il y a un aspect particulier qui pourrait être discuté, c'est la loi n° 113 que le précédent gouvernement a adoptée, qu'on essaie de bonifier avec la révision du mécanisme de plaintes. De façon explicite, il dit qu'il faut que l'usager ait le droit d'être informé le plus tôt possible de tout accident survenu, qu'il a reçu, etc., susceptible d'entraîner des conséquences sur son état de santé ou de

bien-être. Il semble que, là, il y a un progrès notable, il y a un progrès concret pour l'usager puis le patient.

Et ne devrait-on pas encourager les gens à utiliser plus le système de plaintes des établissements tout en renforçant, en améliorant ce système-là, encourager les gens à présenter également des plaintes à l'ordre professionnel concerné, compte tenu du fait que l'objectif ne doit pas être et ne devrait pas être uniquement la compensation financière de la personne qui a subi les torts invoqués, mais avant tout, avant tout, collectivement, l'amélioration de la qualité de soins dans nos hôpitaux, nos établissements de santé? Donc, est-ce que ce n'est pas un progrès, cette loi n° 113 qu'on essaie d'améliorer? Et est-ce que ce n'est pas contre-productif de dire aux gens: Bien, n'utilisez pas le système de plaintes des établissements puis n'utilisez pas le système de plaintes des ordres professionnels?

M. Boulanger (Marc): La réponse. Oui, c'est une amélioration, un. Deux, pas plus tard que la semaine passée, j'ai envoyé deux lettres à des hôpitaux et à des médecins. Parce que le code de déontologie aussi a été changé, l'article 56, qui prévoit exactement la même chose essentiellement de transparence et de divulguer les choses. Alors, je m'engage ici, je vais vous donner les résultats de ce que j'aurai réussi à obtenir. Moi, je vous gage trente-sous que je n'aurai aucune espèce d'information. Puis ça ne changera rien. C'est des vœux... je pense que c'est des vœux pieux. Tant mieux si je me trompe. Mais je l'ai fait pas plus tard que la semaine passée. Je vais vous en donner des nouvelles. Si on me dit: Oui, on regrette, on s'est trompé, oui, il y a eu une administration de médicament, telle dose, intra-artérielle au lieu d'intramusculaire, si on me dit, on m'explique ce qui s'est passé, tu sais, qui... bien, fort bien. Mais ce qu'on va me dire... Je vais avoir la langue de bois, là, c'est ça qui va m'arriver. Je n'aurai rien.

Par ailleurs, votre propos, M. le ministre, sur un système alternatif de compensation qui couvrirait un plus grand nombre de personnes, moi, j'en suis. Et, moi, je vais avoir... j'aurai plus d'ouvrage encore. J'en ai déjà par-dessus les oreilles. Je vais en avoir encore plus. Pourquoi? Parce que les systèmes que l'on... Est-ce que le cinq minutes du ministre, moi, je suis lié par le cinq minutes ou...

Le Président (M. Copeman): C'est le cinq minutes de l'échange entre vous et les parlementaires à ma droite.

M. Couillard: De ma collègue.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Alors, la réponse à votre question est: Oui, il reste à peu près deux minutes.

M. Boulanger (Marc): Ah! O.K. Nous avons actuellement un système de... appelons-le «no fault», qui, quant à moi, c'est «no suit», là, c'est: On vous interdit de poursuivre. C'est plutôt ça, là. Un «no fault», là, mettons-nous dans la tête, c'est: Vous n'avez pas le droit de poursuivre, on vous retire des droits que vous avez

depuis... que ça a pris 1 000 ans ou 2 000 ans au système judiciaire à élaborer, bien on vous les retire, on vous enlève le tapis sous les pieds, et on vous remplace ça par un système alternatif qu'on appelle du «no fault». Bon. Mais dans le fond c'est un «no suit».

Ça existe déjà, on l'a en assurance automobile, on l'a en accident de travail partiellement, mais on l'a aussi en santé. On en a un en santé, là aussi pour les victimes d'actes criminels, là, mais pour les vaccinations, le programme de vaccination obligatoire, là. On sait, l'État sait d'avance qu'il sacrifie, je ne sais pas, moi... 0,5 % de la population vaccinée qui va développer une encéphalite. Il y a un système automatique de compensation de ces gens-là dans la mesure où on réussit à prouver que c'est bel et bien le vaccin qui a causé une encéphalite. Mais vous avez ici un exemple exceptionnel d'application d'un système de «no fault», en ce sens que c'est objectif: telle date, il y a un vaccin, puis, après ça, il y a... objectivement, il y a des séquelles, il y a des dommages importants. Et il n'y a pas faute de personne parce que c'est ça, le programme qui a été mis en place. On sauve 99,8 % de la population et on sait qu'on en sacrifie 0,2. Donc, il n'y a pas de faute, il n'y a pas de négligence. Bon.

Il y aurait un autre cas où je verrais une application d'un système de compensation sans faute, ce serait celui des infections nosocomiales. Alors, tu t'en vas à l'hôpital, tu n'es pas infecté; tu en ressorts, tu es infecté, puis on t'ampute la jambe peut-être, comme le fils de Gérard Depardieu ou encore une autre personne à qui je pense en ce moment. Bon, bien, fondamentalement, c'est peut-être une faute quelque part de stérilisation puis de gestion du système, mais en même temps non. Mais par ailleurs — et là bien je suis sûr que Mme Harel va vouloir que je continue ma phrase... Ah! je viens de voir un oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, ce n'est pas Mme Harel qui mène ici.

M. Boulanger (Marc): Excusez-moi.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Boulanger (Marc): Alors, je m'interromps.

Mme Harel: Est-ce que le ministre consent?

Une voix: ...

Mme Harel: Donc, si on consent tous les deux, ce n'est pas juste le président qui mène.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): C'est les parlementaires ensemble qui mènent, voyez-vous.

M. Boulanger (Marc): Il faut que je veuille, moi aussi, hein? Si je ne veux plus parler, qu'est-ce que je fais? Alors donc par ailleurs un système alternatif de compensation, je vous disais, je vais avoir plus d'ouvrage.

Pourquoi? Parce que le problème fondamental de la compensation, c'en est un de démonstration du lien entre le dommage qu'a subi la victime et quelque chose d'anormal qui s'est passé. Ce n'est pas vrai que l'État va compenser tout le monde pour des dommages corporels. Si on rentre avec une condition cardiaque à l'hôpital, il y a des chances qu'on en sorte encore avec une condition cardiaque puis il y a des chances que l'opération n'ait pas bien tourné parce que la pathologie le voulait ainsi et qu'il n'y ait pas de faute professionnelle. Ce n'est pas vrai que l'État va compenser cet individu-là qui sort peut-être hémiparétique de son opération, O.K.?

Mais peut-être qu'il sort hémiparétique de l'opération parce que quelque chose de pas normal s'est passé. Peut-être qu'il n'aurait pas dû être opéré. Peut-être qu'il y avait des contre-indications évidentes dans son dossier pour ne pas l'opérer. Alors là le problème de la responsabilité médicale, c'est qu'il faut faire cette preuve. Est-ce que le dommage résulte d'une négligence ou est-ce que le dommage ne résulte pas d'une négligence?

Dans le système actuel, c'est devant les tribunaux que cette preuve-là se fait, avec l'aide d'experts. Dans un système alternatif, l'État ne voulant pas payer pour des pathologies, les résultats dommageables d'une pathologie, bien il va falloir faire cette preuve-là mais devant un «board» différent. Alors, moi, c'est mon juge qui va être différent. Ça va être un «board» composé de probablement représentants de la CMPA qui est bien, bien, bien d'accord. Un des promoteurs du système... Vous savez, moi, je défends les victimes, mais un des promoteurs d'un système de «no fault», entre guillemets, c'est l'assureur multimilliardaire, là. On refait la facture à l'État. Et en plus il est prévu dans cette promotion-là que les gestionnaires du «board», ce seraient ceux qui ont de l'expérience dans le domaine, donc la CMPA, l'Association des hôpitaux, les conseils médicaux. Encore là, il y a zéro pour les patients.

Le Président (M. Copeman): C'est toute une phrase, ça!

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve.

M. Boulanger (Marc): Du même souffle en plus, je n'ai pas pris mon respir.

Mme Harel: Me Boulanger, bon, merci, merci d'être parmi nous ce matin, merci de participer à cette commission parlementaire. Je pense que le débat démocratique évolue justement, le débat public évolue du fait de ces travaux en commission parlementaire qui nous permettent de bénéficier gratuitement, n'est-ce pas, ce matin, de l'expertise...

M. Boulanger (Marc): Vous savez, il faut que je gagne pour être payé.

● (12 h 20) ●

Mme Harel: ...d'un professionnel comme vous. Vous parliez, Me Boulanger, donc, de votre pratique ici, à Québec. Il y a Me Ménard, à Montréal, qui justement travaille dans le quartier Hochelega-Maisonneuve, où il

est installé. Alors, je retiens de ce que vous nous dites, et vous me direz si j'ai raison de le faire, je retiens que déposer une plainte au Collège des médecins, on a 1,6 % de chance que cette plainte se retrouve devant le comité de discipline.

M. Boulanger (Marc): Oui.

Mme Harel: Ça, c'est une information, là, que je ne possédais pas. Je crois que plusieurs d'entre nous en commission ne la possédions pas. Ça signifie que, sur 1 500 plaintes, il y en a 11 qui ont été déposées par le syndic auprès du comité de discipline.

M. Boulanger (Marc): En 1998.

Mme Harel: En 1998. Est-ce que ça s'est amélioré pour les années subséquentes?

M. Boulanger (Marc): Non, c'est comme ça «across Canada».

Mme Harel: Alors donc il y a... J'aimerais bien voir les comparaisons, par exemple, à l'égard des autres ordres professionnels. Parce que tous les ordres professionnels ont des syndicats, tous reçoivent des plaintes, doivent les traiter. Qu'en est-il? Est-ce que c'est une pratique différente au Collège des médecins, avec son comité de discipline? Mais admettons que 1,6 %, c'est 11 plaintes sur 1 500, là, c'est, le moins qu'on puisse dire, étonnant, hein, le moins qu'on puisse dire. Ça, c'est, disons, la première constatation.

La deuxième que je fais. Moi, je ne suis pas placée évidemment... Comme vous le disiez tantôt, il faut une relation entre le fait invoqué et prouver la négligence, etc. Mais il y a une chose que je retiens de ce que vous nous présentez ce matin, c'est que le patient doit tout dévoiler et divulguer mais n'a rien en retour. En d'autres termes, nous ne savons rien de l'enquête du Collège des médecins, c'est-à-dire que le patient, là, tu sais... Faisons abstraction de son procureur, mais le patient, de bonne foi, il lui arrive un problème. Et je pourrais en citer, là, quelques-uns, et ce sont des personnes que j'ai incitées à porter plainte mais qui ne l'ont pas fait parce que ça leur apparaissait donc énorme. Mais la personne qui porte plainte, elle, ne saura pas finalement... — c'est ça que je retiens de ce que vous dites — n'aura pas droit d'accès à l'enquête.

M. Boulanger (Marc): Exactement.

Mme Harel: Pourtant, elle a accès à son dossier médical.

M. Boulanger (Marc): Oui.

Mme Harel: Donc, elle a accès au dossier médical, mais elle n'a pas accès à l'enquête que le collège fera. Et vous mentionniez que, par exemple, dans un cas précis, là — je ne sais pas si ça se répète souvent — un an et demi après, vous aviez reçu une lettre laconique à l'effet que la preuve scientifique était impossible à faire et puis, à partir de ce que vous aviez fait comme preuve scientifique, vous aviez réussi à faire en sorte que le collège réouvre le dossier.

M. Boulanger (Marc): Oui.

Mme Harel: Mais, vous le dites avec raison, c'est que le plaignant doit faire le travail du syndic, à la place du syndic, n'est-ce pas?

M. Boulanger (Marc): Oui, à grands périls, à grands périls. Parce que, si on avait laissé les choses telles quelles, moi, j'aurais... J'avais par ailleurs mon recours judiciaire devant un juge, et un juge aurait dit: Bien, écoutez, le Collège des médecins n'a rien à redire. Par conséquent, moi qui suis un juriste, qui n'ai aucune connaissance médicale, je n'ai probablement rien à redire non plus. Donc, l'action risque d'être rejetée. Et pourtant j'ai ça d'épais de preuves scientifiques puis j'ai ça d'épais de témoignages.

Mme Harel: Bon. Donc, ça, c'est du côté d'une personne qui porte plainte au collège. Du côté des plaintes à l'interne de l'hôpital, alors là le processus, si aucune réponse n'est donnée dans les 60 jours, ça signifie que la plainte est présumée rejetée. Alors, dans le fond, ça veut dire que, si le patient n'a pas de nouvelles, il doit présumer que sa plainte est rejetée, et puis, s'il pense qu'il bénéficie d'un droit à l'appel, il doit loger cet appel dans un certain délai de cette décision qu'il n'a jamais eue.

M. Boulanger (Marc): Oui.

Mme Harel: Ça, c'est des problèmes, je pense, réels, là, identifiables. Souvent, moi-même qui... Par exemple, au début de l'année 2004, j'ai essayé d'avoir le dossier médical de mon père, au nom de ma mère parce qu'elle le visite tous les jours, qui est hébergé en CHSLD, et les premières réponses qu'on a eues, de bonne foi, c'était de dire: Bien, on ne nous a jamais demandé un dossier médical. Il a fallu expliquer aux personnes qu'on avait le droit — surtout ma mère, là. En fait, j'agissais en son nom. Et puis ensuite, bon, il y a eu une rencontre, et tout, puis on nous a dit: Vous savez, c'est parce qu'on avait pensé que vous manquiez de confiance à l'égard du médecin traitant. Alors, vous voyez, ce n'est pas de la... C'est comme si l'information sur les droits des patients et de leur famille finalement n'était pas très connue et diffusée. Bon.

Je reviens à notre propos du projet de loi n° 38. Bon. Hors le fait que, pour vous, le Commissaire doit être nommé par l'Assemblée nationale pour établir hors de tout doute raisonnable son impartialité, sa crédibilité et son indépendance, est-ce que vous pensez que le Commissaire devrait avoir... pourrait, en vertu du projet de loi tel que présenté, pourrait avoir droit de regard sur les cas que vous nous avez signalés?

M. Boulanger (Marc): Je pense que oui. Je pense que oui parce que, si je me fie... Ça dépend de l'interprétation restrictive ou large que l'on donne aux articles. L'article 2, que je vous disais tantôt, là, on parle «d'apprécier les résultats atteints». Si on dit que les résultats atteints prévoient que ça inclut d'autres... pas juste cette loi-là, mais évidemment, ça, c'est en application aussi d'autres lois, la Loi sur les services de santé et les services sociaux...

Quels sont les droits des patients? Un des mandats du Commissaire, c'est de parler des droits des patients. Bon, bien, les droits des patients, ça peut être de parler de l'article 5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Et cet article 5 — je vais essayer de le retrouver dans mon texte, je sais que je l'ai cité — prévoit que les gens, les patients ont droit à des services compétents donnés avec continuité... Bien, il faut que je le retrouve, là. Bon. «Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.» Donc, «continuité», «personnalisée et sécuritaire».

Alors, si on a un commissaire à la santé qui étudie les résultats du système macroscopiquement, si on interprète l'article 2 de façon macroscopique, c'est à peu près illusoire de penser qu'ils vont regarder les cas que je vous ai soumis. Par ailleurs, si on fait un jumelage, on jumelle l'article 2 du projet de loi et l'article 5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui nous parle de «continuité», «personnalisée» — donc là on n'est plus dans le macroscopique, mais dans le microscopique — «et sécuritaire» — sécuritaire, bien, ça s'adonne qu'on a un patient pour qui ça a mal tourné — je pense que le Commissaire pourrait prendre l'article 5, le rentrer dans l'article 2 et puis dire: Oui, moi, j'étudie ce cas-là.

Et j'irais plus loin. Si on interprète le même article 2 qui nous parle des résultats tenant compte des «éléments systémiques interactifs», bien, je pense qu'il pourrait jeter un regard sur le travail du Collège des médecins. C'est un système, ça aussi, c'est tout un système. Pourquoi ça existe, les ordres professionnels? C'est parce que, en principe — le Barreau comme les autres — c'est parce que, en principe, l'État est mal placé pour policer ces membres-là. Donc, on va les policer... la meilleure façon de les policer, c'est par des ordres professionnels qui vont s'autogérer. Et il demeure que c'est un prolongement d'une supervision gouvernementale, je vous dirais. Bref, il n'y a pas de raison que le Commissaire n'ait pas son oeil à jeter... regard à jeter là-dessus.

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Harel: Oui, merci, Me Boulanger.

Le Président (M. Copeman): Alors, merci beaucoup, Me Boulanger, d'avoir participé à cette commission parlementaire. Et, sur ça, j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à 9 h 30 demain, jeudi le 11 mars.

(Fin de la séance à 12 h 29)

