



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 11 mars 2004 — Vol. 38 N° 40

Consultation générale sur le projet de loi n° 38 — Loi
sur le Commissaire à la santé et au bien-être (3)

**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 jeudi 11 mars 2004 — Vol. 38 N° 40

Table des matières

Auditions (suite)	1
Coalition Solidarité Santé	1
Regroupement provincial des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement (RPOCAA)	10
Conseil des aînés	17

Intervenants

M. Russell Copeman, président
Mme Lucie Charlebois, présidente suppléante

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
Mme Charlotte L'Écuyer
M. Camil Bouchard

- * Mme Marie Pelchat, Coalition Solidarité Santé
- * Mme Nicole Fillion, idem
- * Mme Jacinthe Thériault, RPOCAA
- * M. Benoit Potvin, idem
- * Mme Nathalie Adams, idem
- * Mme Hélène Wavroch, Conseil des aînés
- * M. Daniel Gagnon, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 11 mars 2004 — Vol. 38 N° 40

**Consultation générale sur le projet de loi n° 38 — Loi
sur le Commissaire à la santé et au bien-être (3)**

(Neuf heures quarante-huit minutes)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle, le mandat de la commission est 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.

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

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

Le Président (M. Copeman): Merci. Je vous rappelle que l'usage des téléphones cellulaires est interdit dans la salle. On s'excuse du délai, du retard de ce matin. Il y avait une réunion, ici, qui a débordé le temps prévu. C'était hors de nos contrôles. On va tenter de reprendre un peu le temps qui a été perdu.

Auditions (suite)

Je vais immédiatement inviter les représentantes de la Coalition Solidarité Santé à débiter leur présentation. Vous avez une présentation, mesdames, d'une durée maximale de 20 minutes, qui sera suivie par un échange. Mme Pelchat, c'est vous qui allez faire la présentation, conjointement avec Mme Fillion?

Mme Pelchat (Marie): C'est ça.

● (9 h 50) ●

Le Président (M. Copeman): C'est bien. Alors, vous êtes les bienvenues à cette commission, puis nous sommes à votre écoute.

Coalition Solidarité Santé

Mme Pelchat (Marie): Merci. On doit d'abord dire que les membres de la coalition ont analysé avec beaucoup, beaucoup de rigueur le projet de loi n° 38. Force est également de constater que nous sommes invitées à nous prononcer sur un projet de loi qui est encore une fois incomplet, puisque le Commissaire serait responsable d'une charte dont on ne sait rien et encore moins les lignes de force ou de faiblesse. Nous ignorons même le processus qui mènerait à l'adoption de la charte. De plus, on doit insister sur le fait que, pour nous, un commissaire à la santé doit prendre ses assises, avoir des fondements démocratiques, ce qui est la grande faiblesse du projet de loi qui nous a été soumis.

Bref, le projet de loi n° 38, tant qu'à nous, ressemble beaucoup au projet de loi n° 25. On retient que les éléments qui nous semblaient intéressants dans la proposition libérale ne sont pas inclus. On ne comprend pas en quoi ça peut constituer une avancée pour le droit à la santé. On constate

des reculs démocratiques et on constate aussi que le projet de loi est incomplet, comme c'était le cas en décembre dernier.

Les analogies avec le projet de loi n° 25, on pensait pouvoir arrêter là, mais il faut appeler un chat un chat et, nous, on va nommer notre scepticisme quant au processus en cours. Quand les médias rapportent que le rattachement du Commissaire se ferait au ministère de la Santé et des Services sociaux, quoi qu'en dise une majorité de groupes entendus, on est en train de se demander si on fait un exercice démocratique ou un exercice pour la galerie. En fait, on se questionne sur la volonté d'entendre les points de vue et de les écouter. Il nous semble que le caractère démocratique est un peu écorché quand on lit des annonces avant le début des travaux et on s'inquiète de ce qui semble être une autosuffisance apparente du parti au pouvoir dans le processus. On invite plutôt le parti au pouvoir à ouvrir grandes les oreilles et à accueillir les réflexions que tout le monde a faites.

Dans le cadre du Pacte sur les droits sociaux, économiques et culturels, le droit à la santé implique intrinsèquement le droit de contribuer à définir les grandes orientations. Or, on voit mal comment c'est possible si, a priori, dans le projet de loi... on se demande jusqu'à quel point notre point de vue ou celui des autres groupes entendus sera pris en compte. On tient quand même, malgré notre scepticisme, à dire qu'on va faire l'exercice d'aujourd'hui absolument de bonne foi et qu'on tient... on pense que plusieurs des propositions qu'on amène comme celles de d'autres groupes devraient faire une différence entre le projet de loi soumis maintenant et ce qui sera la version finale. Constater le contraire serait démocratiquement dramatique.

Premier élément qu'on veut soulever: la disparition du Conseil de la santé et du bien-être. Bon. On l'a mis dans le mémoire, la Coalition Solidarité Santé, qui s'appelait à l'époque la Coalition pour le maintien de la gratuité dans la santé, était dans les organismes qui ont revendiqué la mise sur pied du Conseil de la santé et du bien-être. Pourquoi? Parce qu'il nous semblait important d'accorder autant d'importance à la dimension bien-être qu'à la dimension santé. On croyait qu'il était nécessaire d'avoir une vision sociale de la santé conforme à celle fournie par l'Organisation mondiale de la santé et non pas être porteur d'une vision médicocurative de la maladie.

Pour nous, le contexte n'a pas fondamentalement changé. Dans les hautes instances ministérielles, dans le vocabulaire, on entend beaucoup les termes qui font référence aux dimensions médicales, curatives, hospitalières, mais les impacts des déterminants de la santé, les questions des services sociaux ou des politiques sociales, on n'en entend moins parler en santé. Donc, pour nous, il est important de maintenir cette vision sociale de la santé.

Par ailleurs, on doit noter que plusieurs des fonctions et mandats du Commissaire l'amèneraient à la fois à être juge et partie. Notamment, le Commissaire serait responsable de l'élaboration de la politique de santé et de bien-être, de sa mise à jour ou de sa mise en oeuvre et de

son appréciation. De la même façon, le Commissaire serait appelé à jouer un rôle d'aviseur au ministre et un rôle de protection des droits, des rôles qui peuvent éventuellement être conflictuels.

Pour toutes ces raisons, la coalition recommande le maintien du Conseil de la santé et du bien-être dans sa forme intégrale, c'est-à-dire comme aviseur du ministre et comme responsable de la politique de santé et de bien-être.

Par ailleurs, quant aux responsabilités et fonctions du Commissaire, ce qu'on comprend du projet de loi, c'est qu'il y aurait trois grandes fonctions: information-consultation, appréciation du système et un pouvoir de recommandations. Ces trois grandes responsabilités s'exerceraient sur un large éventail de thèmes allant de la qualité, de l'accessibilité, de l'assurabilité au financement, aux questions éthiques, aux médicaments et aux technologies. Il y a un mandat en soi très, très large, mais on constate que les obligations de consultation sont plutôt minimales.

Quand on a continué à lire le projet de loi, on s'est rendu compte qu'à l'article 10 le mandat du Commissaire s'élargit encore et, pour nous, il y aurait intérêt à resserrer les mandats et fonctions du Commissaire. Parce que l'impression que ça laisse une fois qu'on a fini de lire le projet de loi, c'est... on se demande qu'est-ce qu'il va rester comme boulot au ministre de la Santé. Et comme le dit l'adage: Qui trop embrasse mal étreint. On inviterait le Commissaire à ne pas trop embrasser trop large, donc à résumer son travail autour d'information-consultation, appréciation du système et recommandations.

Le mandat d'appréciation. Pour nous, il y a... Dans le cadre de la présentation, on va se limiter à deux remarques. La première, c'est que le Commissaire devrait centraliser et rendre accessibles les évaluations qui existent déjà, parce qu'il est faux de prétendre qu'il n'en existe pas, et les indicateurs servant à l'évaluation ou à l'appréciation du système devraient faire préalablement l'objet d'un débat démocratique. Il nous semble que ce n'est pas une personne seule dans son bureau qui peut définir les indicateurs.

La question de l'assurabilité. À l'heure actuelle, on sait que la définition du panier de services assurés se fait derrière des portes closes. En fait, les citoyens ont la désagréable surprise de le savoir par la *Gazette officielle* ou quand ils sont mis devant le fait accompli. Des débats démocratiques sur la composition du panier de services assurés, ça représenterait un pas dans la bonne direction. Toutefois, on se demande si c'était vraiment là l'intention ministérielle en incluant le thème de l'assurabilité dans la liste des mandats du Commissaire. Et, pour nous, il coule de source que la définition du panier de services assurés ou la question de l'assurabilité devrait faire l'objet d'un large débat démocratique, et toutes ces questions-là, ces références-là à la dimension démocratique du projet de loi nous amènent à regarder toute la question de la participation citoyenne.

Dans le projet de loi, il est mentionné que le Commissaire peut consulter, peut organiser des audiences publiques, mais nulle part il n'est indiqué qu'il doit consulter. Cette absence d'obligation sur un certain nombre de thèmes précis ouvre la porte à toutes les interprétations possibles sur la nécessité de procéder ou non à des consultations. L'imprécision de la loi laisse croire que, dans les faits, le Commissaire pourrait être plus au service du ministre qu'au service de la population québécoise.

En effet, à l'article 2, il est précisé que «le Commissaire est responsable [...] de fournir au gouvernement et à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des [...] enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux», il informe la population. Or, la participation citoyenne ne peut se résumer qu'à recevoir l'information. Nous savons que, sur la base du projet de loi actuel, le Commissaire pourrait définir les enjeux seul parce qu'il n'y a aucune instance, conseil, aucune instance représentative qui pourrait le supporter dans son mandat. Il a l'obligation de fournir à la population des éléments de compréhension sur les grands enjeux, mais il n'y a aucune obligation de consulter sur ces grands enjeux. Peut-être que la population ferait une lecture différente.

Par ailleurs, nous accueillons favorablement un pouvoir d'enquête du Commissaire. Toutefois, nous souhaiterions que le Commissaire puisse soutenir l'élaboration de telles requêtes, comme le BAPE peut le faire, et, si besoin est, que le Commissaire puisse recevoir des demandes d'enquête autant des citoyens que des organismes ou des organisations.

Enfin, nous savons qu'aux cinq ans le Québec doit déposer son rapport sur la mise en oeuvre des droits sociaux, économiques et culturels. On sait qu'à l'heure actuelle tout ça se fait un peu à l'insu de la population et sans consultation des groupes concernés. On pense que ça devrait faire partie du mandat.

● (10 heures) ●

Donc, pour se résumer, une obligation de consulter, une obligation de consulter sur les grands enjeux, la définition de la charte, le panier de services assurés, toutes les questions relatives à la pérennité du système, les indicateurs d'appréciation, le rapport quinquennal, etc. Pour nous, il y a une obligation démocratique incontournable.

Le rattachement du Commissaire. On sait que le ministre de la Santé a déjà annoncé des couleurs là-dessus. Nous nous permettons de dire que nous ne partageons pas le même point de vue. Pour nous, c'est une dimension du programme libéral qui nous avait semblé... sans prendre position nécessairement sur la question du Commissaire, parce qu'on n'en avait pas débattu, c'est une proposition qui est arrivée dans le programme libéral, mais le fait qu'il y ait un rattachement à l'Assemblée nationale, ça nous semblait une dimension intéressante. Et ce n'est pas nous qui l'avions demandé, c'était le Parti libéral qui en avait fait l'annonce. Et, pour nous, pour être crédible, le Commissaire doit être rattaché à l'Assemblée nationale et avoir une saine distance par rapport au ministre de la Santé.

En fait, pour nous, le Commissaire devrait avoir un statut comparable au Protecteur du citoyen ou à la Commission des droits de la personne parce que... En fait, il serait responsable de la promotion et du respect des principes contenus dans une charte. Et il y aurait trois interlocuteurs: l'Assemblée nationale, le gouvernement et la population. Et, comme ces instances-là, nous croyons qu'un bilan aux cinq ans doit être fait. Et, pour garantir son indépendance, le Commissaire doit relever de l'Assemblée nationale et se voir accorder ses budgets par elle, pour rendre des comptes finalement à l'ensemble des élus.

Bien qu'il ne soit aucunement dans nos intentions de remettre en question le fait que le Commissaire à la santé pourrait bénéficier du support ponctuel d'experts, nous doutons que cela soit suffisant. Nous voyons mal comment une personne, toute compétente qu'elle puisse l'être, puisse

se passer d'une instance de délibération comparable, dans sa composition, à celle du Conseil de la santé et du bien-être. La formule dans le projet de loi n° 38 ne prévoit aucune instance de médiation ou d'arbitrage interne. C'est étonnant quand on considère l'ampleur et la nature des mandats qui seraient dévolus au Commissaire. En fait, pour nous, on ne peut pas croire que le Commissaire serait crédible comme porteur de débats démocratiques si sa structure ne l'est pas elle-même... si la structure qui le supporte ne l'est pas. En fait, le forum de citoyens qui devrait supporter le Commissaire devrait être formé de représentants des différents milieux mais surtout de citoyens et de citoyennes appelés à représenter la société et d'organismes de défense des droits.

Pour la dernière partie, je passerai la parole à Nicole.

Mme Fillon (Nicole): Alors, votre projet de loi, M. Couillard, réfère, à l'article 12, éventuellement à une charte. On en a entendu parler, mais on en a entendu parler seulement en termes d'annonce, l'idée même d'une charte, mais on n'a pas entendu rien du contenu.

Lorsque la coalition vous a rencontré le 4 juillet 2003, vous sembliez favorable à l'introduction des principes de gestion publique, d'universalité, d'accessibilité et d'intégralité dans la loi québécoise et, nous, ça nous a satisfaits, cette ouverture, mais on attend que vous passiez de la parole à l'acte, parce que introduire dans la loi québécoise ces grands principes équivaudrait pour nous à une certaine reconnaissance du droit à la santé, tel qu'il est énoncé dans le Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels auquel le Québec a adhéré.

Nous nous serions attendu d'une part à ce que le droit à la santé soit énoncé clairement et que les principes, puisqu'ils sont les assises du système québécois, soient réaffirmés dans le projet de loi du Commissaire à la santé et aux services sociaux. Manifestement, ce n'est pas le cas, l'article 12 est plutôt nébuleux là-dessus. Même silence sur les valeurs de transparence, de participation démocratique, sur le fait que les Québécoises et les Québécois qui financent, par leurs impôts, ce système puissent avoir leur mot à dire tant sur les orientations que lors de l'évaluation. Et, comme Mme Pelchat vous l'a rappelé, dans l'explication que nous donne le comité de l'ONU sur les droits économiques et sociaux, la participation de la population à la définition des grandes orientations du système de santé est partie inhérente du droit à la santé. Donc, à cet égard, le projet de loi nous apparaît incomplet.

La coalition est d'avis que les droits individuels à des services de qualité sont relativement bien énoncés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et toutes les lois qui s'y rattachent. L'un des principaux problèmes est que les citoyens et citoyennes ne connaissent peu en fait et, de ce fait, s'en prévalent peu. À cet égard, on estime qu'un travail important de synthèse devrait être entrepris, de vulgarisation et de diffusion. Notons toutefois que cette appréciation des droits individuels n'inclut pas les droits des personnes devenues des sujets de recherche, et il nous apparaît qu'un travail important est également à faire à ce chapitre. Il y aurait aussi une bonification à faire au niveau de la Loi sur le Protecteur des usagers.

Cela étant dit, pour nous, la véritable menace aux droits des usagers ne réside pas en l'absence d'une charte des droits des usagers mais résiderait plutôt dans la formulation ou l'adoption d'une charte des droits des usagers qui comporte également un volet sur les responsabilités individuelles.

Vous avez sûrement pris connaissance de la charte qui existe au niveau du Nouveau-Brunswick, et, pour l'avoir lue et relue, mettons qu'on peut dire que les responsabilités... En fait, on fait des droits et responsabilités une question de contrat social ou une forme de contrat. Et, bon, l'univers des droits de la personne, ce n'est pas un univers de contrat entre le citoyen et l'État, c'est davantage un lieu où l'État s'engage à l'égard de ses citoyens pour respecter leurs droits. Donc, on réfute cette approche qui est proposée par la charte du Nouveau-Brunswick.

Au chapitre des droits collectifs et des responsabilités gouvernementales en regard de la santé et du bien-être de la population québécoise, on peut dire que c'est presque le désert. Il nous aura fallu en fait revoir la Loi canadienne de la santé pour retrouver les grands principes dont on parlait tantôt ou encore voir, dans l'adhésion du Québec au Pacte sur les droits économiques, sociaux et culturels, un certain engagement au niveau du droit à la santé. J'inviterais d'ailleurs le gouvernement à prendre connaissance du bilan qui a été déposé par la Commission des droits de la personne et qui demande d'inscrire dans la charte québécoise la reconnaissance du droit à la santé et de lui accorder une primauté par rapport aux lois qui existent au Québec, comme l'ensemble des droits économiques, sociaux et culturels. Je vous signalerai d'ailleurs que, dans son bilan, la commission réfère aux travaux du comité de l'ONU sur les droits économiques, sociaux et culturels.

Alors, de notre avis il ne pourrait pas y avoir de droits individuels qui tiennent si ces derniers ne prennent pas appui sur des droits collectifs qui sont solides et qui font l'objet d'un large consensus social.

Alors, il coule de source pour nous qu'advenant l'adoption d'une charte par le gouvernement québécois celle-ci devrait être axée sur les droits des citoyens et des citoyennes en matière de santé et de services sociaux et non pas sur les droits des usagers. Il existe un régime de protection des droits des usagers que le Protecteur des usagers doit mettre en application. Alors, cette charte des droits en matière de santé et de services sociaux devrait notamment contenir les principes et valeurs qui doivent guider l'action gouvernementale en matière de santé et de services sociaux et l'obligation de prévoir la participation citoyenne dans tous les débats importants. Il est aussi évident pour nous que le Commissaire ne peut proposer une telle charte au gouvernement sans avoir organisé les débats démocratiques qui sont prérequis avant l'adoption d'une charte... en fait, pour permettre une adhésion large des citoyens et des citoyennes à cette charte. Si le gouvernement québécois proposait un projet de charte, celui-ci devrait être essentiellement axé sur le droit des citoyens et citoyennes en matière de santé et de services sociaux.

Alors, on a, dans notre mémoire, une série de recommandations qui concernent la charte. J'imagine que vous en avez pris connaissance.

On demande également... Peut-être un petit mot sur le mandat du Protecteur des usagers. On estime que son mandat devrait être élargi pour lui permettre de protéger les citoyens et les citoyennes qui utilisent des ressources privées du domaine de la santé et des services sociaux. On estime que c'est une lacune très importante actuellement.

On voudrait aussi que les règles de déontologie s'appliquent à tous, dont éventuellement les experts qui seraient appelés à conseiller le Commissaire.

Évidemment, c'est difficile de parler d'un tel mandat qu'on voudrait confier au Commissaire sans parler des

ressources financières sur lesquelles il pourra s'appuyer. Si on fait le calcul des épargnes que pourrait réaliser l'État en abolissant — ce qu'on ne veut pas — le Conseil de la santé et du bien-être et le Conseil médical, on arriverait à une épargne de 1,7 million, ce qui nous semble bien peu en regard du mandat qu'on veut confier au Commissaire, alors que le Bureau d'audiences publiques en environnement a un budget de 6 millions.

● (10 h 10) ●

Donc, en conclusion, c'est important, M. le ministre, que vous, et toutes les personnes présentes évidemment, c'est important que vous considériez le mémoire de la coalition comme une proposition d'ensemble. Vous ne pouvez pas prendre une partie de notre exposé ou de nos propositions parce que... Nous, on propose le maintien du Conseil de la santé et du bien-être parce qu'on estime qu'il doit y avoir un partage dans les mandats pour éviter des conflits éventuels. On ne rejette pas d'emblée l'institution d'un commissaire à la santé, mais on vous demande de revoir totalement votre projet de loi pour tenir compte de l'ensemble de la proposition qu'on a faite: donc maintien du Conseil de la santé, définition d'un mandat plus précis au Commissaire à la santé, mais surtout démocratisation du processus de création du Commissaire, d'élaboration de la charte et même de discussion des enjeux que pourrait soulever l'appréciation par le Commissaire du système de la santé.

Le Président (M. Copeman): Mme Fillion, malheureusement, on a déjà dépassé le temps imparti. Je suis sûr qu'on va poursuivre la discussion avec les échanges des parlementaires. Pour débiter, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Bonjour, mesdames, merci pour votre présentation. D'entrée de jeu, j'indiquerais ce que nous avons dit hier, peut-être n'avez-vous pas suivi les travaux hier alors que le Conseil santé et bien-être est venu présenter son mémoire: que nous sommes très ouverts à accueillir une de leurs suggestions maîtresses qui était la nomination du Commissaire par l'Assemblée nationale, de même que la création d'un forum de citoyens à l'intérieur de l'institution, c'est quelque chose qui est actuellement, je dirais, étudié de façon favorable par notre groupe, et on verra jusqu'où ces travaux nous conduiront.

Il y a plusieurs craintes ou remarques que vous avez faites que je trouve intéressantes et que j'aimerais discuter avec vous de façon plus approfondie. J'ai cru comprendre que vous recommandiez d'inscrire dans la loi sur la santé et les services sociaux les cinq principes de la loi canadienne. Est-ce que je me trompe?

Une voix: Non, non.

M. Couillard: C'est ce que vous recommandez. On sait qu'il y a d'autres juridictions comme en Ontario, sauf erreur, où ils viennent... du moins manifester leur intention de faire ce geste-là, d'introduire dans la législation provinciale les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé qui, je le rappelle, sont la gestion publique, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et la transférabilité.

Mme Pelchat (Marie): Mais, nous, on avait... la transférabilité s'appliquant entre les régions du Québec,

peut-être, à la limite, mais on voulait les cinq principes et les deux interdictions.

M. Couillard: Et les deux?

Mme Pelchat (Marie): Les deux interdictions contenues dans la loi canadienne.

M. Couillard: Spécifiquement, vous parlez des frais modérateurs et de la surfacturation, là.

Mme Pelchat (Marie): Tout à fait.

M. Couillard: O.K. Mais c'est les principes auxquels vous adhérez dans leur ensemble, et vous recommanderiez qu'on les inscrive dans la loi sur la... Parce que vous savez qu'à l'automne on entend également une démarche de mise à jour de la loi sur la santé et les services sociaux, démarche à la faveur de laquelle on pourra certainement considérer cette proposition.

J'aimerais également discuter avec vous de la question de la charte ou de la déclaration des droits des patients ou des citoyens. Vous insistez plutôt que ce soit pour les droits des citoyens et non pas uniquement les usagers du système de santé et des services sociaux. Vous avez manifesté également... ce que plusieurs autres ont remarqué, c'est que ces droits existent dans les différents textes de loi mais ne sont pas ramassés ou rassemblés, et la population surtout n'en est que peu informée. De sorte que ce que je crois percevoir de votre remarque, c'est qu'il n'est pas nécessaire de rajouter d'autres textes de loi sur les droits mais plutôt de créer un mécanisme pour que les gens soient bien informés de ces droits. Est-ce c'est comme ça que... j'interprète correctement ou...

Mme Fillion (Nicole): Ce n'est pas tout à fait exact. Ce qu'on disait, c'est que les droits des usagers se retrouvent effectivement dans plusieurs textes de loi mais sont assez bien énoncés dans la loi sur la santé et services sociaux par rapport à la relation des personnes qui demandent accès à des services. Nous, ce qu'on souhaite, il y a deux avenues possibles: soit qu'on adopte, qu'on élabore une charte dans laquelle on situe les droits des citoyens et des citoyennes à la santé dans un contexte beaucoup plus global, qui comprendrait la définition du droit à la santé que nous a livrée le comité de l'ONU, qui précise qu'il faut considérer le droit à la santé comme une obligation de l'État à faire en sorte que la personne atteigne un niveau de santé le plus élevé possible et qui lui impose de considérer les déterminants socioéconomiques, et qui comprend par ailleurs le droit de la population de prendre part aux décisions qui la concerne en matière de la santé.

Je vous invitais à... Bon. Le mémoire de la COPHAN, où je travaille en fait, en fait état. Vous pourriez peut-être le... Et je vous invitais, comme je le disais tantôt d'ailleurs, à consulter le bilan de la Commission des droits de la personne pour les 25 ans de la Charte, où ils font référence aux travaux du comité du pacte et ils demandent qu'il y ait une modification à la charte québécoise pour inscrire au cœur de la charte québécoise le droit à la santé et d'accorder à ce droit-là une primauté par rapport à l'ensemble des législations québécoises.

Alors, tout ça pour dire que, oui, le droit des usagers pour avoir accès à des services de qualité, c'est inscrit dans

la loi québécoise, mais la reconnaissance du droit à la santé d'un point de vue collectif et beaucoup plus global, on ne la retrouve nulle part. Est-ce que ça pourrait être dans le cadre d'une charte des droits des citoyens et des citoyennes à la santé? Peut-être. Mais il y a d'autres avenues possibles. Il reste que, pour nous, l'important, c'est que cette élaboration de la charte ne peut pas se faire en vase clos. Il faut qu'il y ait un débat de société ont peur, premièrement, la population adhère à cette définition-là et qu'on sente un engagement de la part de l'État à une reconnaissance formelle du droit à la santé.

Mme Pelchat (Marie): Sur la question des droits des usagers, il est clair qu'il y a beaucoup de droits reconnus pour les usagers. Le problème, c'est qu'ils ne sont pas connus et que les usagers ont peur, et ça, le... la Protectrice... C'est parce que ça a changé tellement de noms dans les dernières années, puis je suis une vieille. Mais le Protecteur des usagers soulignait, et la Commissaire aux plaintes avant, que c'est la peur des représailles qui est importante. Il y a, d'une part, une méconnaissance des droits des usagers à des services ou à des... services de qualité ou au respect ou... mais il y a une peur des représailles. Et ça, ce n'est pas une charte des droits et responsabilités qui réglerait le problème à ce niveau-là, il nous semble.

Par ailleurs, il faut faire très clairement connaître aux citoyens et aux citoyennes, quand ils s'adressent en tant qu'usagers... Parce que, pour nous, entendons-nous bien, on le prend au sens littéral du terme. «Usager», c'est quelqu'un qui utilise un service. Elle doit savoir ce à quoi elle est en droit de s'attendre. Parce que c'est difficile de se plaindre si on ne le sait pas. Et, pour nous, là où il y a une grande faiblesse dans les droits des usagers, c'est au niveau des ressources privées, notamment d'hébergement des personnes âgées, etc., ou des personnes qui utilisent certains services... des entreprises d'économie sociale. Les recours, les droits d'usagers ne sont pas clairs. C'est des volets où ce n'est pas clair. Mais c'est des petites imprécisions. Ce n'est pas là le travail à faire.

M. Couillard: La question de la charte également, on peut étudier avec intérêt les expériences faites dans d'autres pays. La Grande-Bretagne, par exemple, a été un des premiers pays à adopter une charte des droits des usagers, vers 1992, et ils se sont rendu compte de l'échec qui correspond un peu à ce que vous dites. C'est que ce n'est pas le fait d'avoir des droits dans les textes de loi qu'ils sont une garantie de l'application ou de l'information de ces lois-là. Ce qui fait que, eux, ils ont évolué plutôt vers un guide des usagers. Ils ont déjudicialisé la charte puis ils l'ont remplacée par un guide des usagers.

Et il y avait même, dans la charte initiale, des prescriptions légales pour les délais d'attente. On a vu hier aux nouvelles qu'il y a un épisode actuel sur ce thème-là. Mais il y a une étude qui a montré que le fait d'avoir inscrit dans un texte de loi ces délais maximaux n'était en rien proportionnel à une correction de l'attente. C'est-à-dire que ce n'est pas parce qu'on avait mis ça dans la charte, en 1992, en Grande-Bretagne, que nécessairement, des années plus tard, une étude montre qu'il y a eu une correction du phénomène de l'attente. Quels sont vos commentaires à ce sujet-là?

Mme Pelchat (Marie): Mais c'est pour ça que, pour nous, aller de l'avant, comme la Grande-Bretagne, vers une

question des... La Grande-Bretagne, elle était plus dans la charte des droits des usagers et non pas dans une charte des droits des citoyens par rapport au système de santé. Et, à cet égard-là, pour nous, la recommandation qu'on fait s'applique d'autant plus, c'est-à-dire qu'il faut des droits collectifs, asseoir des droits collectifs avant de parler de droits individuels, surtout quand on affirme que les services sociaux et de santé, c'est la mission première de l'État. Il faut les asseoir, ces droits-là. Et c'est ces assises-là qui font défaut actuellement.

M. Couillard: Pour terminer, parce que je voudrais que mes collègues puissent participer au débat également, j'ai retenu une partie de votre intervention également, lorsqu'on était dans ce même thème, où vous semblez vous opposer à ce qu'on parle de déclaration des droits et responsabilités. Moi, j'ai toujours pensé que c'était un équilibre qu'il était important de faire. Entre l'État et les citoyens, pour les services publics en général, il faut qu'il y ait, je dirais, une connivence ou une entente respective sur les choses à respecter ou à faire. Et ça dépasse d'ailleurs... Ce concept dépasse, à mon avis, le seul secteur de la santé. Il y a d'autres secteurs du gouvernement où, à mon avis, c'est également important que ce soit clairement expliqué. Alors, vous avez parlé du Nouveau-Brunswick qui a fait cet exercice-là. Pourriez-vous développer un peu plus les raisons pour lesquelles vous vous opposez à ça?

Mme Fillion (Nicole): Je suis désolée, là, je n'ai pas... Je pensais que j'avais apporté, avec moi, le texte.

M. Couillard: Non, mais sur le concept, là.

• (10 h 20) •

Mme Fillion (Nicole): Non, mais parce que c'est important. Si on a référé à cette charte-là, c'est qu'il y a vraiment une inflation dans le texte du Nouveau-Brunswick sur la question de la responsabilité de l'individu, de sorte qu'il faut qu'il fasse la démonstration qu'il a porté attention à sa santé pour pouvoir pratiquement avoir droit à des services. C'est comme si on mettait ça dans la balance. Non, mais vous comprendrez qu'on n'est pas d'accord avec un tel énoncé.

M. Couillard: Certainement pas non plus. Il ne s'agirait pas d'introduire, nulle part, une suggestion que, par exemple, l'accès à un traitement serait conditionnel ou consécutif à l'adoption d'un mode de vie sain, par exemple. Par exemple, si je fume puis je développe un cancer du poumon, je n'ai pas le droit d'être traité pour mon cancer du poumon. Je caricature, là, mais il n'est pas question d'aller dans cette direction-là du tout. Par contre, l'adoption d'un mode de vie sain, l'utilisation correcte des ressources qui sont offertes, est-ce que ce n'est pas une responsabilité du citoyen, advenant le fait qu'il en soit bien informé, bien sûr, qui devrait être quelque part reconnue?

Mme Pelchat (Marie): Bien, la Grande-Bretagne avait avancé un peu dans cette voie-là aussi de la question des responsabilités, et techniquement ce que ça a fait, c'est que, quand un médecin avait le choix entre deux patients, celui qui avait mal mangé, celui qui avait fumé, celui qui avait fait des sports extrêmes était secondarisé par rapport à d'autres qui étaient des victimes de maladies plus méritaires. Donc...

M. Couillard: C'est bien dit, ça. Si vous me permettez, je trouve que c'est une très belle formule, les maladies méritoires. C'est vrai qu'on a ce phénomène-là un peu, hein?

Mme Pelchat (Marie): Oui, oui. Il y a un jugement qui se fait, hein, il y a des... Où il y a de l'homme, il y a de l'hommerie. Donc, il y a des jugements. Et, à cet égard-là, c'est une pente extrêmement glissante qui, dans les faits, peut nous amener là où on n'a pas choisi d'aller. Pour nous, la formule d'énoncer des responsabilités citoyennes, ce n'est pas une voie privilégiée parce que celle qu'on privilégie est plus celle de l'éducation populaire. Des campagnes de publicité, des campagnes ou des programmes comme ParticipAction sont bien plus porteurs de changements d'habitudes de vie en faveur d'habitudes de vie plus saines que d'énoncer qu'on doit bien manger, bien dormir, ne pas fumer puis ne pas trop boire d'alcool. À la limite, là, dans ce sens-là justement, l'expérience anglaise nous montre qu'on n'a pas intérêt à aller dans cette voie-là.

M. Couillard: O.K. Merci. Je vais céder la parole, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Oui, je vais aller à ma gauche. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, bienvenue, Mme Pelchat, responsable de la Coalition Solidarité Santé, et Mme Fillion. Dans le même ordre d'idées, là, on en est rendu à penser que, la viande rouge aussi, il faudrait l'éviter, et en fait la liste augmente à chaque année. J'aimerais avoir votre point de vue sur la déclaration d'entrée de jeu du ministre tantôt à l'effet que, suite au mémoire présenté par le Conseil santé et bien-être, il est à étudier la possibilité de rattachement du Commissaire de la santé à l'Assemblée nationale plutôt qu'une nomination ministérielle.

Écoutez, j'ai l'impression que l'histoire se répète. Vous faisiez l'analogie avec le projet de loi... la loi n° 25 tantôt. J'avais l'impression que c'était un peu la même chose. Le ministre nous avait dit, en commission parlementaire, en juillet, que c'était un organisme qui ne devait pas être teinté par des considérations politiques et que le rattachement s'imposait à l'Assemblée nationale. Il le répète au mois de septembre devant son Conseil général. Le projet de loi qu'il présente en décembre est un projet de loi contraire à ça, n'est-ce pas, c'est un recul majeur. Il fait des déclarations le 8 mars, je cite *La Presse*: «Il semble déterminé à ne pas faire marche arrière, craignant d'ouvrir la porte à une multiplication de commissaires à l'Assemblée nationale.» Et là il vient de nous dire, ce matin, que, suite au mémoire, à l'excellent mémoire du Conseil santé et bien-être, il est à étudier le rattachement à l'Assemblée nationale, par une nomination en fait à l'Assemblée nationale, et, comme je vous dis, j'ai l'impression que l'histoire se répète.

J'en veux juste, disons, comme exemple, le mémoire présenté par l'Association des CLSC et CHSLD de Montréal. Il avait dit que c'était un excellent mémoire. Je crois que l'association est partie rassurée, confiante, compte tenu des propos flatteurs du ministre, hein, sur leur scénario, qui était un regroupement sans hôpitaux. Par la suite, ils ont été surpris de voir que le ministre ne consentait pas à ce que ce scénario soit soumis à la consultation

de la population par l'agence. Et puis ensuite le ministre faisait des déclarations samedi dernier en disant: À Montréal, c'est différent, ça pourrait être un scénario sans hôpitaux. Ensuite de ça, il se dédit deux jours plus tard en disant que non, il fallait démontrer à la pièce que les hôpitaux ne devaient pas y être associés. Alors, ça, c'est vraiment le jeu: Je dis, je me dédis, je ne le sais pas, je me dis, je le dédis, je ne le sais pas.

Où en êtes-vous présentement dans les intentions ministérielles à l'égard du rattachement à l'Assemblée nationale de ce Commissaire à la santé dont vous dites que c'est là une dimension essentielle?

Mme Pelchat (Marie): Bien, en fait, pour nous, le projet de Commissaire à la santé rattaché au ministre de la Santé, ça n'a pas de sens, ça n'a pas la saine distance, ce n'est pas un projet qui peut être porteur à long terme. Nous, on espère que l'ouverture de M. Couillard ait été une indication d'une annonce de ce qu'on retrouvera dans ce qui sera adopté. C'est comme ça qu'on le comprend et c'est comme ça, je pense, que... devrait se traduire, parce que, bon, il n'y a pas que nous, là, qui sommes plus en faveur d'un rattachement à l'Assemblée nationale. On n'est pas les seuls non plus, nous le savons, à réclamer que finalement le Commissaire relève de l'Assemblée nationale et soit imputable à l'Assemblée nationale, nous connaissons plusieurs groupes qui ont déposé des mémoires dans le même sens que nous. Donc, pour nous, on espère avoir bien compris quand on décode que c'est une annonce de ce que contiendront les amendements au projet de loi n° 38.

Mme Harel: Alors, vous comprenez donc que l'intention ministérielle est à l'effet d'apporter des amendements au projet de loi pour rattacher le Commissaire à l'Assemblée nationale?

Mme Pelchat (Marie): Disons que nous l'espérons fortement.

Mme Harel: Bon. Alors, d'autre part, vous nous dites, dans votre mémoire, que vous n'êtes pas disposés à sacrifier le Conseil santé et bien-être, et vous rappelez que vous en étiez, je pense, la Coalition, là... Vous l'aviez proposé et demandé au ministre de la Santé Marc-Yvan Côté en 1992. Alors, est-ce que, tel que rédigé, là... Parce qu'on peut juste faire des supputations. Le projet de loi qui est devant nous, il n'a pas été modifié, puis le ministre dit qu'il étudie, il n'a jamais annoncé qu'il le referait, n'est-ce pas? Puis, si on se fie, là, comme l'exemple que je vous donnais, il faut tout prévoir, des plans A, des plans B, parce qu'on part rassuré, puis finalement il n'y a rien de changé.

Alors, si les choses étaient telles qu'elles sont déposées, c'est-à-dire abolition du Conseil santé et bien-être, aucune participation citoyenne, pas de charte de droits collectifs et un rattachement au ministre directement, est-ce que l'institution vaut la peine d'être appuyée?

Mme Pelchat (Marie): Elle vaudrait certainement la peine de faire une bonne campagne d'éducation populaire sur une base autonome, c'est-à-dire que nous ferions l'évaluation du processus et nous en informerions les citoyens par nos propres... Mais je pense qu'on juge... Je pense que notre commentaire général est de dire: Si c'est ça, la proposition, on

va plus perdre que gagner. Donc, n'avançons pas dans cette voie-là.

● (10 h 30) ●

Mme Harel: Donc, vous nous dites: Si les choses restent telles qu'elles sont proposées dans le projet de loi n° 38, compte tenu notamment de l'absence de participation citoyenne qu'on retrouvait au Conseil santé et bien-être... D'ailleurs, vous décrivez les milieux qui participaient à la délibération au sein du Conseil santé et bien-être, qui sont complètement disparus. En fait, là, ce n'est pas tant la création d'un poste de commissaire à la santé auquel on assiste qu'à l'abolition du Conseil santé et bien-être, de la participation de collèges électoraux représentant des citoyens qui délibéraient et qui transmettaient des avis. C'est à ça qu'on assiste et aussi au fait que, comme vous nous le mentionnez dans votre mémoire, il y a un recul important sur le plan de l'engagement promis en matière de droits collectifs. Vous nous dites, je pense que c'est à la page... c'est 10, que vous aviez accueilli favorablement les déclarations du ministre de la Santé et des Services sociaux parce qu'il annonçait l'introduction des principes d'universalité, d'accessibilité et d'intégralité dans la loi québécoise. Alors, est-ce que vous... Vous mentionnez que vous l'aviez rencontré, le ministre, le 4 juillet. C'est à l'occasion d'une rencontre que ce plan vous avait été confirmé?

Mme Pelchat (Marie): Oui, une rencontre privée avec M. Couillard. Je dirais que c'était l'élément qui nous avait le plus satisfait, de la rencontre, cette ouverture-là ou cette intention-là d'inclure ces principes-là, cette adhésion-là aussi. Pour nous, il ne peut pas y avoir de maison solide si les fondations sont boiteuses, et, pour nous, actuellement la fondation de droits laisse à désirer. C'est ça qu'on voulait...

Et, là-dessus, on était satisfaits de ça. On espérait que, puisqu'il était question de droits, parce qu'un commissaire à la santé, il est question de droits, on retrouverait ces éléments-là dans les a priori du projet de loi. Pour nous, c'est des grands incontournables. Le Québec ne peut pas avoir adhéré au Pacte sur les droits sociaux, économiques et culturels, dont l'article 12 reconnaît formellement le droit à la santé, et ne pas mettre sur son territoire les conditions pour que ça se traduise.

Mme Harel: Les conditions étant celles mentionnées, là, à la page 10, alors: universalité, accessibilité et intégralité.

Mme Pelchat (Marie): Bien plus que ça, parce que ce qui est intéressant dans la démarche du pacte, c'est que, oui, il y a le droit à la santé pour nous, au Québec et au Canada, bon, il y a des assises qui sont des principes fondateurs, mais le pacte avance aussi sur le droit des citoyens de participer au devenir du système et il introduit aussi l'obligation de progression des droits. C'est-à-dire qu'on ne peut pas aller à reculons une fois qu'on a reconnu le droit, il faut faire la démonstration qu'à chaque fois on a fait l'effort de faire avancer le droit. Et il faut mettre en place des conditions d'exercice du droit. Donc, pour nous, toute cette dimension-là autour du pacte est une voie qui nous semble très intéressante pour reconnaître...

À l'époque, Marc-Yvan Côté, on parlait de 1992 tantôt, Marc-Yvan Côté, il parlait, dans son livre blanc, de trois sortes de citoyens: le citoyen consommateur, le citoyen payeur et le citoyen décideur. On a l'impression que le

citoyen décideur est tombé en bas de sa chaise, que le citoyen payeur, lui, est resté là, puis que le citoyen consommateur, bien, on nous demande juste de consommer sans avoir notre mot à dire, comme si on allait chez Wal-Mart, là. Ça ne se peut pas, dans une perspective de services publics, que les citoyens qui paient ce système-là n'aient pas leur mot à dire. Et ça, c'est un fondement démocratique fondamental.

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

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Mme Pelchat, Mme Filion, bonjour. Je veux revenir un peu au niveau de la charte des droits. Tantôt, dans la discussion avec M. le ministre, vous sembleriez en désaccord avec une charte des droits et responsabilités et vous avez parlé un peu de la charte du Nouveau-Brunswick, où on parlait de responsabilités. Et j'ai ici la charte du Nouveau-Brunswick et j'aimerais avoir vos commentaires. Quand on décrit la responsabilité suivante de la personne, c'est: «...de participer activement aux décisions en matière de soins de santé, qui comprend la responsabilité de discuter des projets de traitements et de sortie et de demander et de fournir des renseignements, le cas échéant.» Le deuxième: «...la responsabilité [...] de traiter les autres avec politesse et considération, qui comprend la responsabilité de respecter leur vie privée et la confidentialité de leurs renseignements [...] personnels.»

J'aimerais que vous puissiez m'expliquer en quoi d'inclure des responsabilités dans la charte des droits, des responsabilités de cette nature, est incompatible avec les droits.

Mme Fillion (Nicole): Comme je vous disais tantôt, je n'ai pas le texte avec moi, mais je sais très bien qu'en plus de ces responsabilités générales on introduit... Il y a d'autres articles qui vont définir davantage les responsabilités pour avoir accès à des services. Mais je n'ai pas malheureusement le texte avec moi. C'est sûr que...

Une voix: ...

Mme Fillion (Nicole): Oui, c'est ça. Il y a d'autres responsabilités qui sont énoncées dans le projet de loi. Je comprends que vous avez fait un choix, là, de responsabilités, qu'il est bien difficile de dire qu'on n'est pas d'accord avec une certaine forme de responsabilité de cet ordre-là... Est-ce que vous m'entendez?

Mme L'Écuyer: Oui, oui, oui, je vous écoutais.

Mme Fillion (Nicole): O.K. Ce que je voulais vous dire, madame, aussi, c'est que, dans les textes qui énoncent les droits de la personne, effectivement on retrouve un article qui réfère à la responsabilité des citoyens, mais c'est la responsabilité du citoyen de participer activement à la réalisation de la société. C'est toujours inscrit de cette façon-là, la question de la responsabilité en regard des droits. Mais on n'énonce jamais une charte des droits et responsabilités comme telle, parce qu'il y a un risque de dérapage, comme Mme Pelchat l'a expliqué tantôt.

Et je me rappelle très bien quand même de la façon qu'était constituée la charte du Nouveau-Brunswick. Il y avait certaines responsabilités qui étaient énoncées, mais ensuite il y a une série d'articles, si ma mémoire est exacte,

où on énonce les responsabilités qui vont en contrebalance, si on peut dire, avec l'accès à des services.

Mme Pelchat (Marie): Un des malaises aussi, importants, qu'on a, c'est que la notion de droit et responsabilité appelle une notion de droit et responsabilité individuelle. Des droits, on peut avoir des droits collectifs, mais on a des responsabilités surtout individuelles. Et, quand on regarde la charte du Nouveau-Brunswick, là, on ne peut pas se tromper, on a beaucoup, beaucoup de responsabilités individuelles. Dans ce sens-là, pour nous, ce qui nous semble l'a priori, l'élément le plus fondateur de ce que pourrait être le Commissaire, c'est d'avoir une charte des droits qui appelle à la responsabilité collective et non pas à la responsabilité individuelle. Pour nous, quand on parle du droit d'être informé de tout, tout, tout, bien ici on appelle ça, dans la loi n° 120 — excusez, ça paraît que je date — mais on appelle ça la notion de consentement éclairé. Ce n'est pas parce qu'on a mis des mots différents qu'il n'y a pas... Le citoyen doit avoir accès à une information juste et pour pouvoir rendre un consentement libre et éclairé.

Mais, pour nous, la question... la mission première, c'est ça qu'on a vu dans les documents gouvernementaux, la mission première de l'État est la santé. Affirmons-le comme tel, reconnaissons des droits collectifs et, quand on arrivera à la partie individuelle, on ne posera pas une collection de pelures de bananes dans une côte, où tout le monde qui descend risque de déraiper, là.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, oui.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Je comprends vos inquiétudes, puis loin de nous l'idée de reprendre la charte intégrale du Nouveau-Brunswick. Cependant, vous venez de parler de responsabilités collectives. Dans une charte, on pourrait voir des responsabilités collectives qui me semblent appropriées avec le droit d'être consulté et de donner des avis, qu'on aille vers la société pour que les gens soient représentatifs. Est-ce qu'à ce moment-là... Quand on parle de cette responsabilité collective, c'est des éléments qui apparaissent selon vous dans une charte de droits collectifs, est-ce qu'à ce moment-là ces éléments-là peuvent apparaître dans une charte de droits et responsabilités de nature collective?

Mme Fillion (Nicole): Bien, vous faites référence justement... Si j'ai bien compris votre énoncé, là, vous faites exactement référence à la nature des responsabilités qu'on voit dans les différents instruments de défense des droits, d'un point de vue du droit international, dans la déclaration internationale... dans la Déclaration universelle, pardon, des droits de l'homme. Et effectivement c'est la responsabilité de participer à la réalisation de la société, donc l'obligation en quelque sorte, pour les citoyens, de participer au forum qu'on nous donne pour faire valoir notre point de vue, mais surtout participer activement à la définition des grandes orientations de notre système de santé.

Puis je voulais dire, mettre trop l'emphase sur la responsabilité individuelle, ça viendrait pervertir en fait le sens de ce que doit être une charte des droits. C'est d'abord l'engagement d'un État à l'égard d'un droit qui est consacré pour les citoyens et citoyennes, que la responsabilité individuelle d'une personne à remplir pour pouvoir avoir accès à des services.

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

● (10 h 40) ●

M. Bouchard (Vachon): Merci, M. le Président. Bien, j'ai devant moi les responsabilités individuelles telles qu'évoquées par la charte du Nouveau-Brunswick. Puis je dois avouer que, quelque part, on peut se montrer inquiets en effet, notamment la responsabilité à l'effet de traiter les autres avec politesse et considération. Alors, si c'est une responsabilité qui est mise en contrepartie à des soins qui seraient donnés à la salle d'urgence, j'imagine qu'il y a plusieurs patients qui n'auraient pas les services requis, parce que disons qu'un mal de dent, ça rend un patient quelquefois impoli. Mais je pense que cette inquiétude-là, elle est certainement très importante à évoquer et très importante à considérer de la part du législateur. C'est vrai que le concept de contrepartie est un concept qui est désormais extraordinairement populaire, dans les pays de l'OCDE en particulier, mais il faut voir quels sont les droits fondamentaux qui ne sont pas mis en contrepartie. Et un droit est un droit, et je pense que vos observations là-dessus sont les bienvenues.

J'aimerais peut-être vous ramener sur un autre sujet, celui de la nomination par l'Assemblée nationale du Commissaire, vous en faites état de façon très claire, là, à la page 8 et 9 de votre document. Dans le haut de la page 9, on lit le paragraphe suivant: «La proposition contenue dans le projet de loi n° 38 ne garantit aucunement que la nomination du Commissaire ne sera pas une nomination partisane, comme ce fut le cas dans les instances des nouvelles agences régionales.»

À supposer que nous ayons un commissaire qui soit nommé selon l'un et l'autre des scénarios, c'est-à-dire un commissaire nommé par le ministre ou un commissaire nommé par l'Assemblée nationale, comment voyez-vous l'impact de la nomination du Commissaire relativement à ce que vous évoquiez ici, c'est-à-dire, par exemple, à des cas de nomination ou de désignation partisane à des agences régionales de santé? Est-ce que ça aurait un impact, autrement dit, le Commissaire? Et est-ce que l'impact serait le même? Est-ce que son rôle pourrait être joué différemment vis-à-vis ce type de problème là, selon qu'il a été nommé par le gouvernement ou nommé par l'Assemblée nationale?

Mme Pelchat (Marie): Bien, il est clair que, si une personne... Bon. On va prendre l'exemple du Protecteur des citoyens qui est nommé après les deux tiers des votes à l'Assemblée nationale, ça lui accorde un mandat d'une part de confiance de l'Assemblée nationale, mais cette confiance-là se répercute par rapport à la population. Il est bien clair qu'une fois que tu es nommé par l'Assemblée nationale... Un commissaire à la santé qui jouerait à l'ermite dans son bureau puis qui n'en sortirait plus, ce n'est pas le fait qu'il a été nommé par l'Assemblée nationale qui lui accorderait de facto toute la crédibilité voulue.

Chaque nouvel organisme a une crédibilité à bâtir, mais mettons que ça partirait mal si c'était une nomination partisane, si ça ne paraît pas par l'Assemblée nationale. Parce que normalement, en tout cas en règle de droit, on est imputables aux personnes qui nous ont nommés. Donc, si j'ai été nommée par le ministre, je suis imputable au ministre, si j'ai été nommée par l'Assemblée nationale, je suis imputable à l'Assemblée nationale. Donc, pour moi, la notion d'imputabilité, à qui on rend des comptes, est

fondamentale. Parce que, si les citoyens ont l'impression que tout ça peut se négocier dans un bureau, entre le ministre et le Commissaire, sans que personne d'autre n'en soit au courant, je ne suis pas sûre qu'on fait avancer... surtout qu'il y a des mandats extrêmement importants dont le mandat d'appréciation du système, le mandat de consultation. Il faut que ces mandats-là aient des assises, je dirais, de reconnaissance non seulement par le parti au pouvoir, mais par l'ensemble de la députation québécoise. Ce qui oblige à des choix généralement plus neutres.

M. Bouchard (Vachon): M. le Président, écoutez, je me pose la question suivante: Selon la lecture que vous faites des responsabilités et des fonctions du Commissaire, est-ce que le Commissaire aurait autorité et pourrait intervenir dans le cas des nominations, par exemple, à la direction des agences régionales? Est-ce qu'il pourrait intervenir auprès ou bien du gouvernement ou bien de l'Assemblée nationale concernant ce type de nomination ou est-ce que ça demeure le ressort exclusif et absolu du ministre?

Mme Pelchat (Marie): On ne comprend pas que le Commissaire pourrait avoir un pouvoir de recommandation ou de nomination sur les agences.

M. Bouchard (Vachon): Est-ce que, dans sa fonction d'appréciation, il pourrait juger du bien-fondé des nominations?

Mme Pelchat (Marie): Non. En tout cas, dans la lecture qu'on a faite, c'est plus une appréciation des résultats, apprécier des résultats atteints par le système.

M. Bouchard (Vachon): Mais, selon l'article 2, Mme Pelchat...

Mme Pelchat (Marie): Oui, l'article 2.

M. Bouchard (Vachon): ...vous avez: «Il exerce ces responsabilités notamment en regard de la qualité, de l'accessibilité, de l'intégration...» On sait que les agences sont des agences d'intégration des services et des établissements, est-ce que, par ce biais-là, le Commissaire aurait un droit de regard, selon vous?

Mme Pelchat (Marie): A priori, j'avoue qu'on n'a pas regardé la chose dans cette perspective-là. Si vous dites vrai, ce serait très, très, très inquiétant.

M. Bouchard (Vachon): Moi, je ne dis rien, je pose la question.

Mme Pelchat (Marie): Mais, a priori, nous n'avions pas compris la chose de cette façon-là. Je pense en fait que... Ça fait partie... Bon. Dans le même article, il y a des éléments comme les éléments systémiques interactifs. Il y a des éléments comme ça qu'on saisit mal l'intention du législateur derrière, ce que ça veut dire. Comme le concept d'intégration: à quoi? On peut faire... Chacun peut comprendre ce qu'il veut du concept d'intégration, là.

M. Bouchard (Vachon): M. le Président, si vous me permettez, on aura l'occasion, lors de l'étude détaillée, j'imagine, des articles de loi, de revenir là-dessus. Mais vous

confirmez d'une certaine façon, de par les réponses à vos questions, qu'il y a un certain flou entourant la définition, comme vous le dites dans votre mémoire, des fonctions du Commissaire. Et, à certains égards, l'interprétation qu'on peut faire de l'article 2 peut être relativement restrictive ou alors très large. Et on se demande ce qui va appartenir désormais à l'élu et au Commissaire dans l'appréciation à la fois des systèmes et du processus de maintien du système. Est-ce que vous voyez un petit peu ce que je veux dire là?

Mme Pelchat (Marie): Mais tout à fait, parce que, nous, on se disait qu'une fois qu'on avait cumulé l'article 2 et l'article 10, on se disait: Bien, finalement ça va... Tout le monde dit que le poste de ministre de la Santé, c'est un poste terrible. On se disait: Finalement, il va devenir le fun, ce poste-là, parce qu'il y a tellement de tâches qui vont être dévolues au Commissaire que la tâche ministérielle n'était pas... En tout cas, la ligne, la frontière entre le Commissaire et les responsabilités politiques du ministre de la Santé, dans le libellé actuel, on joue au funambule, on ne sait pas de quel côté ça va tomber, par exemple.

M. Bouchard (Vachon): Merci, M. le Président.

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

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Bonjour, Mme Pelchat, Mme Fillion. Merci pour la présentation de votre mémoire. J'ai lu, dans votre texte, à la page, si ma mémoire est bonne, 4 et 5... Vous nous faites allusion, à une couple de reprises, que les aspects sociaux de la santé seraient moins pris en considération par le Commissaire qu'ils le sont présentement par le Conseil de la santé et du bien-être. J'aimerais que vous m'entretenez là-dessus, parce que ce n'était pas ma perception à moi.

Mme Pelchat (Marie): En fait, pour nous, il ne suffit pas... Quand on parle de commissaire à la santé et au bien-être, ce n'est pas le fait qu'il y ait le mot «bien-être» dans le titre qui nous rassure de facto, un premier élément.

Deuxième élément, c'est: pour tenir en compte les éléments de santé et de bien-être dans une perspective de vision sociale de la santé, dans une perspective de prise en compte des conditions de vie et des déterminants de la santé, etc., on ne voit pas comment, surtout dans un contexte où les structures démocratiques tout le tour du Commissaire sont à peu près inexistantes, comment il peut avoir cet input-là. C'est la partie la plus facile.

Dans sa politique, le Conseil de la santé et du bien-être disait que les éléments sociaux et économiques n'ont pas eu toute la considération qu'ils devraient avoir dans une perspective de santé. Effectivement, on entend, dans les médias et ailleurs et même le ministre de la Santé, parler beaucoup plus souvent de santé au sens de maladies, des attentes, docteurs, etc., que de dimensions sociales, de prépondérance des facteurs de conditions de vie. Bon.

Et, pour nous, l'absence de citoyens tout le tour du Commissaire... C'est plus facile de parler d'un pontage coronarien que de services sociaux à des mères qui en ont ras le pompon. On entend beaucoup plus ça, et c'est ça qui va finir par prédominer au Commissaire à la santé, comme ça prédomine ailleurs. Alors que la composition de l'instance de délibération qui supportait le conseil faisait en sorte qu'il y

avait toujours le petit Gemini Cricket, la petite conscience de Pinocchio, qui rappelait: Oui, mais il y a ça aussi. Donc, pour nous, on ne se donne pas de garantie quand on fait... quand il n'y a pas d'instance de délibération qui supporte.

● (10 h 50) ●

Mme Fillion (Nicole): Si vous le permettez, j'ajouterais quelque chose, c'est que ce qu'on a surtout dénoncé, dans le mémoire de la coalition, c'était le cumul des fonctions et mandats, qui faisait en sorte que, même si on lui confiait le rôle d'évaluer davantage d'un point de vue social les réalisations du système de santé, on lui demande d'apprécier les résultats atteints par le système de santé, on lui demande d'apprécier les résultats en fonction des ressources et des attentes raisonnables, on lui demande d'apprécier la performance globale. On lui confie un énorme mandat, et nous, on estime qu'on doit partager ces mandats-là.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme Fillion, c'est tout le temps qu'il nous reste à ma droite. Il reste une minute et demie à ma gauche. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonnette.

Mme Harel: Alors, c'était dans le même sens en fait, apprécier les résultats. Bien évidemment, si on n'introduit pas les déterminants de la santé, comment fait-on pour apprécier les résultats sans, par exemple, introduire la dimension de la lutte à la pauvreté? Parce que, sinon, la nutrition, on aura beau dire aux gens de manger des oméga-3, mais, s'ils ne peuvent pas se les procurer, alors... avec toutes les conséquences que ça a.

De plus en plus, c'est une question qui est au coeur... en fait, dans votre mémoire, là, je vous en remercie, parce que, en fait, c'est au coeur de toute cette problématique, dans le sens où on ne peut pas en plus être responsable de sa maladie. Les gens se sentent coupables d'être malades. C'est ça dans notre société présentement, ils se sentent coupables d'être malades, ils disent: Il y a quelque chose que je n'ai pas fait correct, sinon je serais en santé. Alors, les droits... les responsabilités individuelles, c'est comme si ça accentuait ce sentiment d'être coupable d'être malade.

Et ça vient beaucoup, on est dans... C'est une situation d'ensemble, ça. C'est qu'actuellement c'est le phénomène d'exclusion. Ça vaut aussi... par exemple, l'exclusion du marché du travail: avant, c'était un chômeur, un chômeur n'est pas responsable de son chômage, mais maintenant c'est devenu quelqu'un qui est responsable dans le fond de ne pas être adéquat sur le marché du travail. Ça vaut pour la santé: avant, on n'était pas responsable de sa maladie, mais là, de plus en plus, surtout quand on regarde les précédents comme la charte des droits... des responsabilités du Nouveau-Brunswick, on devient responsable finalement de sa maladie. Je vous remercie parce que votre mémoire a été un des seuls qui en fait état, de ces questions-là.

Le Président (M. Copeman): Mme Pelchat, Mme Fillion, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire. Puis j'invite immédiatement les représentants du Regroupement provincial des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement de prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Mme Thériault, Mme Adams, M. Potvin, bienvenue à cette commission. Comme vous le savez, j'imagine, à ce point-ci de nos travaux, vous avez droit à une présentation d'une durée maximale de 20 minutes et qui sera suivie par un échange de 20 minutes de chaque côté de la table. Sans plus tarder, je vous inviterais à débiter votre présentation.

Regroupement provincial des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement (RPOCAA)

Mme Thériault (Jacinthe): Merci. D'abord, permettez-moi de vous saluer, M. le ministre, M. le Président, et toutes les personnes ici présentes, et vous dire que nous apprécions pouvoir donner notre point de vue à cette commission.

Ça fait que je commence déjà à vous présenter, si vous permettez, mes coéquipiers: Mme Nathalie Adams, qui est vice-présidente du Regroupement provincial des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement et qui est aussi directrice du CAAP-Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine; et, à ma droite — j'allais dire «ma gauche» — mon autre droite, M. Benoit Potvin, qui est bénévole et qui est président du conseil d'administration du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Saguenay—Lac-Saint-Jean; et moi-même, qui est présidente et directrice du CAAP-Côte-Nord.

Ça fait que, sans plus tarder, je vais vous présenter l'ensemble du regroupement, et on va faire une présentation partagée, M. le Président. Donc, le Regroupement provincial des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement est composé de 15 organismes régionaux appelés les centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, CAAP, mandatés par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour assister et accompagner, sur demande, les usagers qui désirent porter plainte. On fait référence à l'article 76.6 de la loi sur la santé et services sociaux.

Dans ce mandat, ces organismes autonomes et indépendants du réseau ont pour fonction d'informer l'utilisateur sur le fonctionnement du régime de plaintes, de l'aider à clarifier l'objet de sa plainte, de la rédiger au besoin, de l'assister et de l'accompagner, sur demande, à chaque étape du recours et de faciliter la conciliation avec toutes les instances concernées. De plus, par le soutien qu'il assure à l'utilisateur, il contribue au respect de ses droits ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des services. Les CAAP répondent aux demandes de toutes les personnes, sans discrimination et sans étiquette de clientèle. Ils sont présents dans chacune des régions du Québec et pour tous les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux. Ils sont près des usagers, de leurs préoccupations et de leurs attentes.

Le point de vue du regroupement est donc basé sur ce lien privilégié qui unit les CAAP aux usagers qui portent plainte ou qui désirent porter plainte. Nous pouvons donc témoigner des succès et aussi des difficultés qu'ils rencontrent. Notre lien avec les usagers permet donc des collaborations et des échanges avec différents partenaires qui sont empreints de la parole de l'utilisateur, du respect de leurs droits et de l'amélioration des services.

La position du regroupement sur le présent projet de loi s'appuie donc sur une expertise développée depuis 10 ans. Le régime de plaintes, outil de base de notre travail, représente un élément pertinent et complémentaire pour

l'amélioration et l'évaluation du système de santé et de services sociaux.

Je passe la parole à M. Benoit Potvin.

Le Président (M. Copeman): M. Potvin.

M. Potvin (Benoît): Alors, messieurs, bonjour. Alors, le regroupement présente à la Commission des affaires sociales le mémoire préparé dans le cadre de la consultation générale du projet de loi n° 38, Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être.

L'institution d'un commissaire à la santé et au bien-être est un sujet qui interpelle le regroupement de par sa finalité, qui est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et l'appréciation des résultats du système de santé et des services sociaux. En regard des responsabilités dévolues au Commissaire à la santé et au bien-être, telles que stipulées dans le projet de loi, notamment en termes de qualité, d'accessibilité, d'intégration, d'assurabilité et de financement des services, les aspects éthiques liés à la santé et au bien-être, des médicaments et des technologies, nous croyons qu'il aura un rôle important dans le système de santé et des services sociaux. Le regroupement est donc d'accord avec la création d'un commissaire à la santé et au bien-être.

L'évaluation de la performance du système est en lien étroit avec la recherche de qualité et l'amélioration des pratiques du système. Ce nouvel axe d'intervention est un défi à la mission du Commissaire à la santé et au bien-être. Pour l'actualisation de cette responsabilité, l'usager doit demeurer au coeur de cette démarche. Toutefois, à la lecture du projet de loi, nous avons des éléments de réserve qui nous amènent à vous souligner qu'il y a place à l'amélioration si l'on veut obtenir la crédibilité et l'efficacité souhaitées au niveau de l'institution du Commissaire à la santé et au bien-être.

Par la présente commission, cette consultation constitue une occasion privilégiée de voir les éléments du projet de loi selon diverses positions. Le regroupement facilitera la compréhension de celui-ci du point de vue de la personne qui utilise les services. La position du regroupement est donc basée, a priori, sur les prémisses suivantes: la personne qui utilise les services est au coeur de nos préoccupations; la recherche de l'amélioration des services de santé et des services sociaux doit être continue; la démocratie doit être respectée; le respect des différences doit se manifester d'une manière constante.

● (11 heures) ●

Nous vous présentons la proposition du regroupement ainsi que quatre recommandations pour améliorer la crédibilité du Commissaire à la santé et au bien-être face à la population. Nous émettons également une mise en garde concernant l'information à la population sur les droits qui lui sont reconnus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que les responsabilités des citoyens face à leur santé et à l'utilisation des services offerts.

D'entrée de jeu, nous tenons à souligner la contribution exceptionnelle du Conseil de la santé et du bien-être et du Conseil médical du Québec en ce qui a trait à l'amélioration du système de santé et des services sociaux. Que ce soit par leurs avis ou par l'information fournie à la population dans le but de favoriser les débats, ces deux organisations ont su, depuis 10 ans, conseiller le gouvernement concernant les besoins de la population du Québec. Cette expertise déjà reconnue doit être conservée et utilisée par la nouvelle structure du Commissaire à la santé et au bien-être.

Mme Thériault (Jacinthe): Et Mme Adams présentera une analyse un peu plus poussée du projet de loi.

Le Président (M. Copeman): Mme Adams.

Mme Adams (Nathalie): Oui. En ce qui concerne la nomination, les responsabilités et l'organisation, nous croyons que l'institution d'un commissaire à la santé et au bien-être doit permettre une mise en commun des diverses expertises. Le Commissaire à la santé et au bien-être aura donc différents points de vue du système de santé et des services sociaux. L'appréciation des résultats du système de santé et des services sociaux représente sans nul doute l'apport nécessaire pour accéder à un réseau plus efficace et pour bien comprendre les enjeux et les implications des changements à y apporter.

Donc, la première recommandation du regroupement concernant l'institution d'un commissaire à la santé et au bien-être est: D'accord avec l'instauration du Commissaire. Toutefois, nous suggérons qu'un autre nom que «commissaire» soit approuvé afin de ne pas semer de confusion dans la population, puisqu'il existe déjà des commissaires à la qualité des services, dans le réseau de la santé et des services sociaux, reliés au régime de plaintes.

Nous croyons que les assises de l'intervention du Commissaire à la santé et au bien-être doivent être l'indépendance, l'impartialité, l'objectivité et l'intégrité. Nous estimons qu'il faut renforcer la confiance des citoyens et donner une crédibilité à cette structure. Le regroupement croit qu'il est primordial que la nomination du Commissaire à la santé et au bien-être soit faite par l'Assemblée nationale. Les citoyens s'attendent à avoir une information juste, transparente et impartiale. Nous croyons également que la gestion du système de santé et des services sociaux doit être dépolitisée et que le Commissaire à la santé et au bien-être doit exercer ses responsabilités et ses fonctions en toute indépendance.

La deuxième recommandation du regroupement concernant le Commissaire à la santé et au bien-être est qu'il soit nommé par l'Assemblée nationale afin d'exercer ses responsabilités et ses fonctions avec transparence et d'avoir toute l'indépendance nécessaire pour se prononcer, émettre des avis et formuler des recommandations.

En ce qui concerne les fonctions du Commissaire à la santé et au bien-être, à notre avis l'évaluation de la performance du système et l'utilisation de l'information obtenue permettront l'amélioration de la qualité du système de santé et des services sociaux. Cette information viendra également éclairer les décideurs en ce qui a trait à l'identification des domaines qui nécessitent des interventions. L'appréciation, par le Commissaire à la santé et au bien-être, des résultats atteints par le système de santé et des services sociaux facilitera une gestion de la qualité des services bénéfique à l'ensemble de la population en autant que les dispensateurs des services collaborent. Afin de permettre aux citoyens d'avoir une information juste, nous croyons qu'il est primordial que le Commissaire à la santé et au bien-être informe la population de la performance du système, des changements qu'il propose afin d'améliorer l'efficacité ainsi que des enjeux et des implications de ses propositions.

Il est également stipulé, dans le projet de loi n° 38, que le Commissaire à la santé et au bien-être aura à donner un avis sur la façon de faire la plus adéquate pour le ministre

et les établissements de santé et des services sociaux d'informer la population des droits qui lui sont reconnus par la loi sur la santé et les services sociaux et de sensibiliser les citoyens à leurs responsabilités face à leur santé et à l'utilisation des services offerts.

Il y a plusieurs années, la commission Rochon constatait que les usagers ne connaissaient pas leurs droits en matière de santé et de services sociaux. 10 ans plus tard, le constat serait probablement le même, puisque aucun mécanisme n'a été mis en place et que la responsabilité de promouvoir les droits des usagers n'a pas été clairement définie. Effectivement, la promotion des droits des usagers reste à faire, et le gouvernement devrait jouer un rôle de premier plan dans cette promotion. Une population mieux informée contribue à la qualité des services et à l'utilisation adéquate de ceux-ci. Concernant la sensibilisation des citoyens à leurs responsabilités face à leur santé et à l'utilisation des services offerts, nous croyons que la prévention et l'information sont les axes d'intervention à privilégier.

La recommandation n° 3 du regroupement consiste... Afin de permettre à la population une meilleure compréhension des droits qui lui sont reconnus par la loi sur la santé et les services sociaux, le regroupement recommande qu'un mécanisme soit mis en place afin de clairement définir la responsabilité de la promotion de ces droits dans l'avis que le Commissaire à la santé et au bien-être donnera au ministre et aux établissements de santé et de services sociaux.

On a cependant une mise en garde: nous sommes d'accord avec l'avis sur l'institution d'un commissaire à la santé déposé en septembre 2003 par le Conseil santé et bien-être en ce qui a trait à la distinction entre les droits individuels des usagers du système de santé et des services sociaux et les droits collectifs des citoyens québécois face à un système de services, car ils sont différents et n'interpellent pas forcément le même type de promotion et de protection. Nous croyons également que les responsabilités des citoyens face à leur santé et à l'utilisation des services offerts ne doivent pas être considérées sous le même angle que les droits individuels.

Pouvoir du Commissaire à la santé et au bien-être. En abolissant le Conseil de la santé et du bien-être, nous constatons que, malgré les changements qu'apporte le projet de loi, les valeurs telles que la participation démocratique et l'ouverture au respect des différences et des milieux ont disparu. À la lecture du projet de loi n° 38, nous comprenons que le Commissaire à la santé et au bien-être a toute la latitude nécessaire pour nommer ses collaborateurs. Il est stipulé, dans le projet de loi, que le Commissaire à la santé et au bien-être peut notamment, lorsqu'il le juge nécessaire, avoir recours à des experts externes, requérir la collaboration du ministre et des organismes ou conseils sous l'autorité de ce dernier, former des comités de travail, procéder à des consultations, solliciter des opinions ou recevoir des requêtes et procéder à des audiences publiques. Son mandat implique l'ensemble de la population. Les diversités de point de vue et une vue d'ensemble sont essentielles pour permettre au Commissaire à la santé et au bien-être de l'exercer adéquatement.

Nous voulons que le gouvernement maintienne la participation de la population, la représentativité des divers groupes et milieux, la représentativité démographique dans l'ensemble de la population outre les audiences publiques, donc en plus des audiences publiques. Il faut rapprocher l'utilisateur, le citoyen, car la participation de celui-ci contribue à améliorer la qualité de la gestion du système de la santé et

des services sociaux et permet de mieux évaluer les priorités, l'accessibilité et la continuité. Nous croyons qu'un cadre démocratique faisant participer à la fois les usagers, les experts et différentes organisations permettrait d'accroître l'échange d'informations dans le but d'une meilleure prise de décision.

Le Commissaire à la santé et au bien-être devrait avoir l'obligation de consulter un comité avisé pour obtenir des avis sur des questions d'information à la population, de qualité, d'accessibilité, d'intégration, d'assurabilité, de financement des services, des aspects éthiques liés à la santé et au bien-être, des médicaments et des technologies ainsi que sur les enjeux du système de santé et des services sociaux. Le mandat du comité avisé consisterait à donner des conseils, à formuler des avis ou à faire des recommandations sur les questions mises à l'étude.

La recommandation n° 4 du regroupement. Nous recommandons la mise en place d'un comité avisé qui serait consulté par le Commissaire à la santé et au bien-être en ce qui a trait aux aspects mentionnés précédemment.

La mise en place du comité avisé devrait, dans la mesure du possible, assurer une représentation au niveau démographique de l'ensemble de la population et au niveau socioculturel. La nomination des membres d'un futur comité avisé pourrait être faite par le ministre après consultation des organismes représentatifs du milieu qui sont concernés dans chaque cas, dont des usagers choisis ou des représentants des usagers des services de santé et des services sociaux, des personnes provenant d'organismes communautaires qui s'occupent de prestation de services, d'assistance et d'accompagnement, de défense des droits ou de bénévolat, des personnes choisies parmi les praticiens du milieu de la santé et des services sociaux, des chercheurs ou des administrateurs, des personnes provenant de l'un ou l'autre des secteurs concernés par la politique de la santé et du bien-être, à savoir les secteurs des municipalités, de l'éducation, de l'économie, du travail, de la sécurité du revenu, et de l'environnement, et de la justice. Mme Thériault.

Mme Thériault (Jacinthe): En conclusion, nous sommes donc d'accord globalement avec le projet de loi n° 38, mais nous souhaiterions une autre appellation que «commissaire». Nous croyons également qu'il doit recevoir son mandat de l'Assemblée nationale, qu'il peut voir à la promotion des droits collectifs mais prendre des mesures afin de ne pas créer de confusion dans la population entre les droits collectifs et le régime de plaintes qui s'adresse aux droits individuels, et qu'il y ait la formation d'un comité avisé. Concernant ledit régime de plaintes, le Québec est innovateur. Son application est toutefois à améliorer. Il existe des solutions que nous pourrions en temps et autre vous exposer.

En terminant, nous remercions la Commission des affaires sociales de nous avoir permis de partager notre analyse et notre vision du projet de loi n° 38 et nous vous offrons notre collaboration.

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

• (11 h 10) •

M. Couillard: Merci, messieurs dames. Mme Adams, que j'ai rencontrée à Gaspé il y a quelques jours, bien bonjour à nouveau. Effectivement, vos recommandations

se recouper beaucoup avec celles qu'on a entendues depuis le début des travaux de cette commission, notamment sur la question de la nomination. Vous employez le terme également de «comité aviseur», d'autres l'ont appelé «forum citoyen». Je pense qu'on peut également faire un recouperment de ce côté-là, et, dans les deux cas, nous sommes ouverts donc à ce type de modification, comme nous l'avons exprimé à plusieurs reprises depuis le début.

Évidemment, le nom, «commissaire», je serai heureux d'entendre vos suggestions. Je dois dire que, dans le cas des baptêmes littéraires, avec les agences on n'a pas tout à fait eu la main heureuse, alors peut-être que vous seriez plus créative et me soumettre un nom alterne ou une formule différente que celle de «commissaire». Je comprends ce que vous voulez faire sentir. C'est que vous voulez éviter une duplication avec les autres fonctions de commissaire qui existent autour ou dans le gouvernement.

Effectivement, vous accompagnez des usagers dans leur cheminement au travers du système de plaintes, et, comme vous savez, parallèlement au dépôt de ce projet de loi là, nous entreprenons... nous avons des travaux en cours sur la façon d'améliorer ce système. Il y a un bon départ qui a été fait avec la loi n° 113, avec la mise sur pied du système d'évaluation des plaintes. Mais le problème se situe, d'une part, dans le manque d'information des usagers concernant le système en question et, par la suite, quant à la transformation de la leçon retirée à la suite d'une plainte en une amélioration réelle des services. Alors, je pense que c'est aujourd'hui un forum où on peut également discuter de cette question-là, vu qu'elle est corollaire finalement, même si on parle des droits individuels. Alors, pourriez-vous nous résumer quelles seraient vos recommandations en ce qui a trait aux améliorations à apporter au système de plaintes actuel?

Mme Thériault (Jacinthe): Pour répondre à votre question, M. le ministre, oui, on aurait une suggestion d'un nom. Je ne sais pas si elle est très créative, mais «vérificateur à la santé et aux services sociaux».

Si vous permettez, on va faire référence à un autre document qu'on a déposé auprès de votre ministère, qui est l'*Avis sur l'amélioration du régime des plaintes* qu'on a présenté il y a quelques jours. Ce que vous nous demandez, c'est nos recommandations face à l'amélioration du régime d'examen des plaintes. On va y aller très globalement, hein, parce que je vous avoue qu'on n'était pas prêts à vous répondre à ça, là.

M. Couillard: Bien, c'est parce qu'on a discuté de ces deux questions-là depuis le début des travaux.

Mme Thériault (Jacinthe): Oui, tout à fait.

M. Couillard: Alors, comme votre rôle est au centre même de ce processus-là et qu'on fait effectivement la distinction entre le jugement collectif du réseau relevant du Commissaire à la santé et au bien-être et le problème individuel des plaintes des usagers, que vous êtes donc quotidiennement aux prises avec ce système-là, qu'on est en cours de travaux pour l'améliorer, je pensais utile, pour éclairer le débat puis bien séparer les deux, que vous nous fassiez juste les grandes lignes, là, de ce que vous recommandez.

Mme Thériault (Jacinthe): Oui, absolument, on est très à l'aise, oui, de vous le partager. Dans le fond, la première recommandation qu'on a mise sur la table, c'est d'abord... Pour nous, ce qui est important et qui est un incontournable, c'est l'information et la formation du personnel en place. Nous, là, tout changement passe d'abord par l'information et la formation qu'on donnera au personnel en place, notamment le diffusion des droits des usagers.

Et, dans notre pratique, quotidiennement, le personnel du réseau n'est même pas au courant que les usagers ont des droits. Ils ne sont même pas au courant qu'ils n'ont plus qu'un commissaire local à la qualité des services dans leur propre établissement. Ils ne sont pas au courant qu'il y a un régime d'examen des plaintes où les usagers peuvent s'adresser pour faire valoir leurs droits. Ça fait qu'on est loin, si vous voulez, du respect. On ne peut pas respecter quelque chose qu'on ne connaît pas. Ça fait que notre première recommandation, je vous dirais, donnait cette couleur-là. Pour nous, la première chose, c'est l'information, et ça s'adresse d'abord à l'interne du réseau de la santé.

Évidemment, on a plusieurs recommandations en ce qui concerne tout l'apport de l'examen des plaintes par le commissaire local à la qualité des services. Je vous dirais, pour en faire un bref résumé, là, nous, on demande que ce soit une fonction exclusive qui relève du conseil d'administration. On demande aussi que la nomination du commissaire soit faite sur recommandation d'une équipe multidisciplinaire, donc composée de plusieurs personnes, pour que cette personne-là puisse, dans l'établissement, avoir l'assentiment de tout son personnel, qu'on reconnaisse sa compétence comme commissaire local. Et évidemment on veut que le conseil d'administration de l'établissement concerné s'assure que le Commissaire désigné ait obligatoirement une approche conciliante et ouverte. Nous, on part de l'idée que le régime de plaintes, de un, il a deux finalités: il y a le respect des droits des usagers, il y a aussi une finalité qui est l'amélioration des services. Avec cette lunette-là, nous croyons qu'avec une approche conciliante et ouverte on peut trouver des solutions.

On ne peut pas passer sous silence l'examen des plaintes par le médecin examinateur et le comité de révision. Évidemment, c'est très récent, à peine un an, les dernières modifications. Ça fait que ce qu'on peut donner comme lecture, c'est qu'il y a encore des choses qui ne fonctionnent pas, que le fardeau de la preuve souvent appartient toujours à l'usager. Ça fait que ça, c'est un de nos constats.

Et, à cet égard-là, on pense que ces instances devraient recevoir aussi une formation nécessaire afin d'assurer le respect du vécu de l'usager et que le conseil d'administration des établissements concernés s'assure de respecter la procédure établie, parce qu'on voit qu'il y a plusieurs établissements au Québec qui n'ont pas encore ou même, à la rigueur, nommé de médecin examinateur et évidemment pas de comité de révision ou de président de comité de révision.

Et on aimerait que les établissements concernés suscitent auprès du CMDP, donc dans leur propre milieu, une réflexion sur l'approche conciliante avec l'usager. Notre avis, là, transparaît de la page 1 à la dernière page, c'est vraiment le respect de l'usager que... Nous, on met, je vous dirais, une grosse majeure sur le respect des usagers. Et effectivement qu'une instance supérieure à laquelle on aura confié ce mandat puisse intervenir et obliger l'établissement à se conformer à la loi, parce que la loi

oblige déjà la formation d'un comité de révision et même la nomination d'un médecin examinateur. Comment se fait-il, deux ans après, que ce n'est pas encore actualisé?

Évidemment, on a quelques avis parallèlement au rôle du commissaire régional que, nous, on voudrait accentuer par un rôle de leadership régional, donc qu'il y ait une tribune régionale sur la concertation. On a beaucoup regardé le régime de plaintes avec une lunette locale et régionale. Pour nous, notre vision, c'est de dire: Plus les problèmes vont se régler proche de l'utilisateur, c'est de cette façon-là qu'on va améliorer l'ensemble des services pour les usagers. Donc, pour nous, le commissaire régional, il a un rôle de leadership auprès de ses commissaires locaux. Évidemment, il doit s'assurer que tout l'établissement respecte aussi la procédure d'examen des plaintes qui, comme je le disais tout à l'heure, n'est pas toujours appliquée. Qu'il puisse, le commissaire régional, saisir son conseil d'administration de toute mesure correctrice qu'il juge appropriée. Et on va aussi demander que le commissaire régional puisse, à la demande du Protecteur des usagers, intervenir dans une certaine délégation des fonctions de surveillance et d'initiative du régime, et toujours avec une lunette de dire: Plus on règle le problème près de l'utilisateur, plus vite on va trouver une solution. Et évidemment que les compétences du commissaire régional tiennent compte des nouveaux modèles d'organisation qui sont en place ou qui vont se mettre en place au cours des prochains mois.

Et finalement les fonctions du Protecteur des usagers... Oui... Mme Adams me fait penser que, le commissaire régional, nous, on verrait qu'il soit responsable de la promotion des droits individuels auprès de la population. Ça, on va probablement y revenir, mais, au niveau de la promotion des droits individuels, les gens ne peuvent pas faire valoir leurs droits s'ils ne les connaissent pas, et ce qu'on note au cours de notre pratique depuis 10 ans, c'est qu'il y a beaucoup de personnes qui ne connaissent pas, de un, le régime des plaintes et encore moins leurs droits face à ça. Parce que des gens informés, ça fait aussi des gens qui posent des gestes avec jugement.

Donc, si je reviens aux fonctions du Protecteur des usagers, nous, on dit que l'utilisateur, quand il s'adresse au Protecteur des usagers, c'est vraiment dans un dernier espoir d'être écouté et reconnu dans la légitimité de sa démarche. Donc, il s'attend autant que possible à être rencontré, à être écouté puis à être pris en compte. Ça fait que ça, on veut que le Protecteur des usagers assure ce rôle-là, qu'il assure déjà d'ailleurs.

On juge que les délais pour la réponse sont trop longs et on voudrait que ce soit prescrit à 60 jours.

Évidemment, on aimerait que la compétence du Protecteur tienne compte des nouveaux modèles organisationnels dont je faisais état tout à l'heure et que le pouvoir de recommandation du bureau du Protecteur, et je sais que vous allez émettre... on veut qu'il devienne un pouvoir exécutif, parce que ce qu'on voit dans notre pratique, c'est que les recommandations ne sont pas suivies. C'est beau, là, on a écouté l'utilisateur de long en large, mais, quand les recommandations... Et souvent les recommandations, ils vont aussi... ils donnent... La légitimité de la démarche à l'utilisateur est reconnue via les recommandations soit émises par le commissaire local, ou émises par le commissaire régional, ou le Protecteur des usagers. Une des grosses lacunes, c'est que ces recommandations-là ne sont pas suivies par l'établissement, et il y a comme un vide, il n'y a pas d'imputabilité.

Comment ça se fait qu'on ne les suit pas, les recommandations, alors qu'il y a plein de monde qui a travaillé, qui a réfléchi à la démarche? Et disons que les recommandations qui sont là doivent être aussi... ne sont pas dépourvues d'intelligence. Donc, évidemment que le Protecteur des usagers définisse clairement son interprétation de son pouvoir d'initiative — on sait aussi que c'est très récent, le pouvoir d'initiative, il a à peine deux ans — pour éviter aussi toute ambiguïté au niveau de ce... ou attende, là, je vous dirais, face à d'autres partenaires du réseau.

Par rapport aux comités d'utilisateurs, nous demandons que la fonction d'assistance et d'accompagnement des comités d'utilisateurs soit étudiée et analysée et qu'on leur reconnaisse un apport essentiel dans les milieux de vie où ils sont présents. Les comités d'utilisateurs sont près des usagers, ils doivent avoir une grande écoute du conseil d'administration de leur établissement.

• (11 h 20) •

Et évidemment toute l'assistance à l'accompagnement dont, nous, on... Ce qu'on vous demande en fait, c'est que ce soit reconnu aussi, l'assistance et l'accompagnement. La loi oblige évidemment que les commissaires locaux, commissaires régionaux avisent les usagers. Dans la pratique, dans le quotidien, on ne peut pas dire que c'est fait. Ça fait que ce qu'on voudrait, c'est que vraiment il y ait une collaboration, un partage entre tous les acteurs du réseau. Chacun a son rôle, et son rôle est très important. Et, nous, on croit que le rôle d'assistance et d'accompagnement auprès de l'utilisateur facilite la démarche, facilite aussi le... bon, tout ce qu'il pourrait y avoir de représailles autour. Puis évidemment on pense aussi qu'on donne un travail exceptionnel.

Donc, en conclusion, si je... Je viens de vous résumer plusieurs pages. Dans le fond, je vous dirais que le Commissaire à la santé... Parce que, ça... Par rapport... Vous nous aviez demandé le lien au Commissaire à la santé. Nous, ce qu'on demande, c'est que le Protecteur des usagers... On ne fait pas une recommandation, mais on ne serait pas défavorable à ce que le Commissaire à la santé exerce un pouvoir de surveillance à l'ensemble du réseau, notamment au régime d'examen des plaintes.

M. Couillard: Alors, M. le Président, c'est des précisions utiles puis qui vont certainement ou qui guident actuellement certainement nos travaux.

Vous avez passé sur la question des médecins examinateurs puis des comités de révision. Je dois vous dire que, moi, à titre de chef de département il y a quelques mois, c'est très difficile de trouver un médecin examinateur. Les volontaires n'affluent pas aux portes. Alors, effectivement il va falloir resserrer un peu ce mécanisme-là. Il y a également beaucoup de prescriptions du mécanisme qui ne sont pas mises en application dans plusieurs établissements, comme par exemple la formation de comités d'amélioration de la qualité ou de gestion des risques plus spécifiquement, et ça également, ça nécessite d'être resserré.

Revenons maintenant à l'aspect qui touche plus spécifiquement le projet sur le Commissaire. Vous savez qu'il y a un article qui donne au Commissaire le mandat ou la liberté de choisir la façon d'informer la population des droits et responsabilités. Quelle serait, d'après vous, la façon dont le Commissaire devrait s'y prendre pour faire ça, d'abord pour consulter, pour élaborer cette déclaration et ensuite pour la diffuser? Est-ce que vous avez réfléchi à cette question?

Mme Thériault (Jacinthe): O.K. Mme Adams.

Mme Adams (Nathalie): Bien, je vous dirais que, si le Commissaire à la santé a déjà un comité aviseur, il va pouvoir se référer à ce comité aviseur là pour avoir une bonne idée des moyens et des gens pour aller faire la promotion. Donc, le comité aviseur serait une réponse à votre question. Là-dessus, on vous dirait... Bon. On fait aussi la différence entre les droits des usagers au niveau individuel et les droits collectifs. Ce qu'on dit, c'est que, plus l'information est près de l'utilisateur, plus c'est accessible, plus l'impact au niveau de ce qu'on recherche va être important. Donc, ce qu'on dit, c'est: C'est beau d'avoir une campagne de promotion, par contre il faut que ce soit près de l'utilisateur, il faut que l'utilisateur puisse avoir accès à cette information-là. Et souvent, au niveau des régions régionales, ils ont déjà une idée de leur territoire, de leur population, des meilleurs moyens pour atteindre les usagers et les citoyens. Donc, là-dessus, c'est la réponse que je pourrais vous donner, là, par rapport à votre question.

M. Couillard: Alors, M. le Président, j'interromprai là pour faire l'alternance, si bien sûr vous le souhaitez.

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

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, Mme Thériault, Mme Adams et M. Potvin. Alors, j'apprécierais beaucoup, M. le Président, que, compte tenu, là, de l'échange qui vient de se produire, vous demandiez le dépôt du document sur, si vous voulez, l'avis, là, concernant les solutions qui pourraient être apportées au régime de plaintes. Alors, vous en avez copie? Oui. Bon. Écoutez, vous pouvez le garder pour tout de suite, ça va éviter... à moins que vous en ayez d'autres copies, mais, si vous en avez juste une, vous la gardez. De toute façon, le secrétariat de la commission va pouvoir en faire copie pour les membres de la commission. Bon. Alors, si on a du temps, on pourra y revenir.

Moi, j'aimerais bien revenir à l'objet de notre examen ce matin, c'est-à-dire le projet de loi n° 38. J'espère que nous aurons, durant la présente session, également l'occasion d'examiner avec vous les modifications à apporter au régime de plaintes pour s'ajuster au regroupement, là, de superétablissements qui va être en place dès l'été prochain. À défaut de quoi, il va y avoir un régime qui n'est plus adéquat, en regard, si vous voulez, des transformations qui sont actuellement en voie de réalisation.

Alors donc, vous nous dites, dans votre mémoire, vous nous dites, à la page 4: «Nous tenons à souligner la contribution exceptionnelle du Conseil de la santé et du bien-être et du Conseil médical du Québec en ce qui a trait à l'amélioration du système de santé et de services sociaux.»

D'autre part, le ministre vous soulignait tantôt qu'il étudie la possibilité d'une participation citoyenne. Celle que vous préconisez, à la page 9 de votre mémoire, c'est la mise en place d'un comité aviseur. Est-ce que finalement il n'y a pas une perte, un genre de déficit, là, démocratique, à savoir que, le Conseil santé et bien-être, il y avait des nominations ministérielles, mais il y avait aussi des collègues électoraux et il y avait un avis — ou plusieurs, au fil des années évidemment, là, ça fait quand même 12 ans maintenant — qui était déposé à l'Assemblée nationale?

Si je comprends ce que vous proposez, dans votre mémoire, à la page 9, le comité aviseur, il n'avise plus le ministre, il avise le Commissaire. L'avis n'est plus déposé à l'Assemblée nationale, donc ne fait plus partie du débat démocratique public. Parce que c'est un avis que reçoit le Commissaire, il peut en faire ce qu'il veut, il peut l'insérer ou pas dans son rapport annuel. Alors, est-ce qu'il n'y a pas finalement une réduction — en fait comment pourrions-nous dire? — un recul, pour ne pas dire une perte, quant au mode de participation des citoyens sur ces questions que vous mentionnez à la page 9 et quant au mandat d'un comité aviseur qui consisterait à donner des conseils, à formuler des avis ou à faire des recommandations mais au Commissaire et non plus au ministre, et non plus avec l'obligation du ministre de déposer les avis à l'Assemblée, et non plus avec le mode de nomination interne?

Mme Thériault (Jacinthe): Mme Adams.

Mme Adams (Nathalie): Là-dessus, je vous dirais que, au niveau de la participation démocratique, pour nous, en tout cas avec notre lunette, c'est que, comme comité aviseur, on croit que le Commissaire à la santé nommé par l'Assemblée nationale, donc crédible à condition d'être nommé par l'Assemblée nationale...

Mme Thériault (Jacinthe): Tout le mémoire sous-entend cette première prémisse là.

Mme Adams (Nathalie): Oui, c'est ça. Donc, on dit, à ce moment-là: Le comité aviseur peut amener ses opinions, ses recommandations au Commissaire à la santé et au bien-être dans cette perspective-là. On ne voit pas, nous, à ce moment-là, un recul.

Puis, en ce qui concerne les avis, je vous dirais qu'on n'a pas élaboré sur qu'est-ce qui se faisait, pratique, au niveau du Conseil santé et bien-être. Je pense qu'eux autres savent déjà... en tout cas sûrement vous ont informés des litiges ou des choses à faire attention. Mais, nous, ce qu'on dit, c'est que, considérant que le Commissaire à la santé serait nommé par l'Assemblée nationale, le comité aviseur peut faire ses recommandations au Commissaire à la santé. C'est dans ce sens-là. Est-ce que ça répond à votre question?

Mme Harel: Bien oui, ça répond très bien. En fait, il faut lire le chapitre 3 de votre mémoire évidemment avec — comment dire donc? — un préambule essentiel, qui est celui de la nomination par l'Assemblée nationale d'un Commissaire à la santé qui fait rapport à l'Assemblée nationale. Donc, c'est plus dans l'esprit du mémoire présenté par le Conseil santé et bien-être, qui recommande le maintien d'une participation citoyenne auprès du Commissaire, hein? C'est dans ce contexte-là?

● (11 h 30) ●

Alors, j'aimerais également, puisque nous avons l'occasion d'échanger avec vous, comprendre quels sont les liens que vous entretenez avec les comités d'usagers. Vous accompagnez des individus. Quels sont les liens qui se sont développés avec les comités d'usagers? Est-ce que les comités d'usagers locaux sont associés, si vous voulez, à la démarche que vous faites, d'accompagnement d'un usager par rapport à un établissement? Est-ce que vous avez initié des collaborations avec le nouveau regroupement

provisoire des comités d'usagers que nous avons entendu hier? Quel est le lien que vous entretenez avec le Conseil pour la protection des malades? Et donc vous vous retrouvez, M. Potvin, au Saguenay—Lac-Saint-Jean, Mme Thériault, sur la Côte-Nord, et, vous, Mme Adams, je pense, vous êtes sur la région de Gaspésie—Les Îles, et donc vous vous retrouvez à être au niveau régional. Quel lien entretenez-vous avec le commissaire régional, et votre mode de nomination se fait comment?

Mme Thériault (Jacinthe): La nomination des CAAP?

Mme Harel: Oui.

Mme Thériault (Jacinthe): O.K. On va se partager les réponses. Dans le fond, il n'y a pas un modèle, je vous dirais, un modèle unique, étant donné... Ce qui est important pour nous, au regroupement, c'est notre spécificité régionale. Donc, dans chaque région du Québec, les liens de collaboration, que ce soit avec les comités d'usagers locaux, avec le commissaire local à la qualité ou avec le commissaire régional, diffèrent. Je vous dirais, l'important, c'est que tout ce beau monde là puisse mettre en collaboration des partenariats pour assurer le respect des droits des usagers puis améliorer la qualité des services. Mais il n'y a pas de modèle, je vous dirais, typique. C'est beaucoup axé sur la communication et sur la collaboration, tout dépendant des milieux et l'ouverture des milieux, hein, il faut aussi se le dire.

Par rapport au provincial, quand vous me parlez du CPM, nous avons des liens de collaboration, d'échange, sans plus ni moins. Disons que chacun... Nous, on considère que le Conseil pour la protection, leur mission, c'est beaucoup la protection des droits des usagers, alors que, nous, on a vraiment une approche au niveau de l'assistance et de l'accompagnement. C'est à la fois aussi complémentaire.

Pour répondre à votre dernière question par rapport à notre nomination, ça s'est fait, là, ça fait, je vous dirais, au-delà de 10 ans, là, dans plusieurs cas, et ça s'est fait sur recommandation de la région régionale. Il y a eu une certaine, je vous dirais, consultation régionale, à l'époque, des comités d'usagers, les établissements, plusieurs intervenants dans le réseau de la santé et sur recommandation de la région régionale au ministre M. Côté à ce moment-là, et c'est comme ça qu'on a été... que chaque CAAP a reçu sa nomination. Je ne sais pas si ça répond à votre question, Mme Harel?

Mme Harel: Et le commissaire régional? Vous avez tantôt mentionné, dans les recommandations quant au régime de plaintes, une nomination, par le conseil d'administration de l'établissement, du commissaire local, et disons que vous recommandez qu'il relève du conseil d'administration et que sa fonction soit exclusive. Alors, au niveau du commissaire régional, par exemple, vous-même, les expériences que vous vivez sur la Côte-Nord, ou en Gaspésie—Les Îles, ou au Saguenay—Lac-Saint-Jean, quels sont les liens avec le commissaire régional? A-t-il une fonction exclusive? Relève-t-il du conseil d'administration, dans vos expériences, là?

Mme Thériault (Jacinthe): Il y a plusieurs modèles qui diffèrent. Au moment où... la loi actuelle, le commissaire local est nommé par le conseil d'administration. Nous, ce qu'on vient rajouter, juste pour faire une

petite parenthèse, c'est que cette nomination-là, elle ne soit pas faite juste par le directeur ou... On veut que ce soit voulu du commissaire local. Donc, ça pourrait être une mise en candidature, à la rigueur. On dirait: On veut que cette personne-là — en bon français, là — elle veuille vraiment faire le travail de commissaire local à la qualité des services, qu'on ne lui impose pas ça par-dessus ses mille et une tâches. C'est ça qu'on veut. Par rapport au modèle...

Mme Harel: Et que ce soit une fonction exclusive.

Mme Thériault (Jacinthe): Oui. Bien, dans le modèle des agences, on pense que ça pourrait être possible parce qu'il y aura la fusion de plusieurs organismes. On pense que ça peut être possible.

Mme Harel: Mais est-ce que vous voyez à ce moment-là un commissaire pour une instance, là? Parce que ça peut regrouper parfois 10 établissements.

Mme Thériault (Jacinthe): À la rigueur, ça pourrait. Ça va dépendre du modèle d'organisation que cette instance-là se sera donné. Il peut y avoir des commissaires locaux adjoints, aussi, parce que le commissaire local à la qualité peut s'adjoindre des partenaires. En tout cas, je pense que les modèles restent à définir, mais il y a une possibilité là, puis peut-être même une opportunité, au moment où on se parle.

Mme Harel: Et au niveau régional?

Mme Thériault (Jacinthe): Au niveau régional, je pourrais peut-être vous... Mme Adams pourrait vous donner un petit peu le portrait chez elle.

Mme Adams (Nathalie): Bien, chez nous...

Mme Harel: Vous, vous êtes la directrice, est-ce que je me trompe, Mme Thériault, vous êtes la directrice du regroupement?

Mme Thériault (Jacinthe): Moi, je suis la présidente du regroupement.

Mme Harel: La présidente? D'accord. Il n'y a pas de directrice?

Mme Thériault (Jacinthe): Non. On n'a pas de permanent, au regroupement, madame.

Mme Harel: Vous n'avez pas de permanent? Parce que les documents viennent de Rimouski?

Mme Thériault (Jacinthe): C'est que notre secrétariat est à Rimouski, oui.

Mme Harel: Et c'est le secrétariat dû à une personne qui...

Mme Thériault (Jacinthe): On n'a aucune permanence, au regroupement. C'est l'effort collectif de tous les CAAP qui fait qu'on produit nos documents, et on a un comité exécutif, là. Mais, je vous dirais, c'est l'apport de chacun et chaque région du Québec. Mais on n'a pas de permanence

attirée au rôle du regroupement. Ce n'est pas qu'on ne voudrait pas, par contre.

Mme Harel: Vous dites que vous en auriez besoin, c'est ce que je comprends?

Mme Thériault (Jacinthe): Oui, tout à fait. Oui.

Mme Harel: Mme Adams, vous alliez nous expliquer le fonctionnement avec le commissaire. Est-ce que le commissaire régional est en fonction exclusive aussi?

Mme Adams (Nathalie): Ce que je peux vous dire, c'est que peut-être dans certaines régions... Puis on ne sait pas non plus, au niveau des changements, au niveau des agences, et tout ça, qu'est-ce qui va rester au niveau des anciennes régies, si vous voulez. Ce que je peux vous dire, c'est que, chez nous, au niveau régional, le commissaire régional a plusieurs tâches et que ce n'est pas toujours facile de concilier plusieurs tâches. Et je pense que ce qui est vécu chez nous peut être vécu aussi dans les autres régions. Donc, ce qu'il faut s'assurer, nous, ce qu'on veut, c'est que la personne, que ce soit au niveau local ou au niveau régional, puisse avoir le temps et que la priorité soit de donner, je vous dirais, l'information à l'usager, de lui donner une réponse. O.K.?

Ce qu'on peut voir avec les commissaires locaux, c'est qu'avec les nouveaux réseaux, ça pourrait être possible d'avoir une personne à temps plein qui ne fasse que ça. Au niveau régional, je ne peux pas vous dire à ce moment-ci est-ce que c'est mieux que cette personne ait une fonction exclusive. Par contre, ce que, nous, on veut s'assurer, c'est que cette personne-là, elle a assez de temps pour rencontrer des usagers, de faire le traitement de la plainte, de respecter les délais et que, dans le cadre où est-ce qu'elle travaille, que, si elle a d'autres tâches, ça ne rentre pas en conflit d'intérêt avec sa tâche de commissaire régional, par exemple.

Mme Harel: Le commissaire régional est nommé par le conseil d'administration de la régie auparavant et là de l'agence. C'était donc le conseil d'administration et non pas le directeur qui désignait?

Mme Thériault (Jacinthe): Sur recommandation du directeur.

Mme Harel: Sur recommandation? Alors, vous voudriez le même système ouvert de concours pour le commissaire régional?

Mme Adams (Nathalie): Bien, ce qu'on veut, c'est qu'il ait assez de temps pour travailler comme commissaire régional et que son statut n'amène pas des conflits d'intérêt. Ce que je veux vous dire, c'est qu'au niveau des plaintes, au niveau des... qui sont acheminées au niveau du commissaire régional présentement, c'est ce qui concerne les organismes communautaires, les services ambulanciers et aussi leurs propres activités. O.K.? Suite au changement avec les nouveaux réseaux, qu'est-ce qui va rester? Parce que, veux veux pas, le changement au niveau régional va avoir des répercussions aussi sur le régime de plaintes. Quand on parle, par exemple, de l'apport des cliniques privées, par exemple, pour nous, ce qu'on amène comme position, c'est

que, s'il y a une responsabilité déléguée par l'hôpital à une clinique privée, cette partie-là devrait être assujettie au régime de plaintes.

Donc, on ne sait pas à quoi ça va ressembler, mais ce qu'on dit, c'est que ça doit se modeler avec les modèles qui vont être là dès l'année prochaine.

Mme Harel: Merci.

Mme Thériault (Jacinthe): Mais, je vous dirais, peut-être pour compléter, le commissaire local, son travail ne changera pas. On sait qu'il va être... C'est lui qui est le plus près de l'usager. Et notre préoccupation, c'est vraiment d'accentuer le travail du commissaire local, de lui donner un niveau d'indépendance et qu'il soit plus à l'écoute de l'usager. Vous savez, le commissaire régional, souvent c'est des dossiers un peu plus administratifs, tandis que le commissaire local, il est vraiment plus près de l'usager, dans son quotidien.

Le Président (M. Copeman): Alors, merci beaucoup. Merci Mme Thériault, Mme Adams, M. Potvin, d'avoir participé à cette commission parlementaire.

• (11 h 40) •

Puis j'invite maintenant Mme la présidente Wavroch et M. Gagnon, du Conseil des aînés, à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre! Alors, ça nous fait plaisir d'accueillir de nouveau Mme Wavroch, M. Gagnon, du Conseil des aînés. On s'est vus, je pense, il y a deux semaines. Je ne sais pas si c'est un pattern qui va se poursuivre pendant la session; on verra. C'est toujours un plaisir.

Vous connaissez comment ça marche, comme on dit: vous avez une présentation d'une durée maximale de 20 minutes à faire, puis par la suite il y aura un échange d'à peu près 20 minutes de chaque côté de la table avec les parlementaires. Sans plus tarder, Mme la présidente, en vous souhaitant la bienvenue, je vous prierais de débiter votre présentation.

Conseil des aînés

Mme Wavroch (Hélène): Merci, M. le Président. Alors, juste pour vous saluer tous, vous dire bonjour et vous présenter M. Daniel Gagnon, qui est coordonnateur et agent de recherche au Conseil des aînés.

Alors, je vous dirais tout d'abord, M. le Président, qu'en juin dernier, lorsque le Conseil des aînés a participé, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, à une consultation relative à la création d'un poste de commissaire à la santé et au bien-être, nous croyions que les objectifs, évidemment, qui étaient identifiés à ce moment-là, c'était une priorité du gouvernement du Québec, d'une part, et du ministre de la Santé et des Services sociaux, d'autre part.

Les hypothèses qui étaient envisagées à ce moment-là étaient d'articuler le mandat du Commissaire autour des deux fonctions suivantes, à savoir: permettre l'arbitrage des choix par l'Assemblée nationale et jouer un rôle conseil auprès du ministre concernant les questions d'éthique,

l'accessibilité aux services, la composition du panier de services, les médicaments, les technologies, etc.; et, en deuxième lieu, exposer à la population le sens de ces choix à faire... qui sont faits ou à faire, des politiques, des orientations ainsi que leur mise en oeuvre et permettre à la population d'exposer son point de vue. On envisageait de plus que le mandat du Commissaire comporte des rôles et responsabilités par rapport aux éléments suivants, à savoir: l'évaluation du système sociosanitaire, faire rapport à la population, avis sur les politiques gouvernementales, suivi de la Politique de santé et bien-être et veiller sur les droits et les responsabilités des usagers.

Dans le contexte des hypothèses qui avaient été présentées ou qu'on envisageait, à toutes fins pratiques, au mois de juin l'année passée, le conseil était favorable à la création d'un poste de commissaire à la santé et au bien-être. Pour le conseil, la création de ce poste soutenait l'engagement du gouvernement, d'une part, de faire de la santé et des services sociaux sa priorité, mais également le conseil voyait, dans les propositions avancées, la mise sur pied d'une sorte d'ombudsman du gouvernement en matière de santé et des services sociaux, fonction souvent demandée par la population et surtout par les groupes de défense des droits des malades et des utilisateurs. Ce nouveau Commissaire, en remplaçant vraisemblablement l'actuel Protecteur des usagers, aurait eu un mandat plus élargi et des pouvoirs plus étendus.

La création d'un commissaire à la santé et au bien-être, tel qu'on l'envisageait en juin dernier, s'insérerait également bien dans le contexte de la réingénierie de l'État, puisqu'il aurait probablement amené l'abolition de différents comités et conseils rattachés au ministre de la Santé et des Services sociaux en intégrant une bonne partie de leurs mandats respectifs.

Le conseil, tout en apportant divers commentaires spécifiques, était en accord avec l'approche qui était envisagée et considérait qu'il s'agissait d'une amélioration notable en matière tant de réflexion, d'information et de respect des droits. Ainsi, le document de juin donnait au Commissaire un rôle plus large, notamment en matière de suivi et de politique de santé et de bien-être et en matière de veille relativement aux droits et responsabilités des patients. Dans cette perspective, le présent projet de loi, bien qu'il fournisse des précisions quant à la mission et aux mandats dévolus à ce poste, nous apparaît dilué comparativement à ce qui avait été envisagé ou ce qu'on discutait au mois de juin dernier.

Le conseil ne s'oppose pas au projet tel que présenté, mais regrette qu'il se soit éloigné de certaines hypothèses de juin 2003. Relativement à la réingénierie, la création du Commissaire abolira le Conseil médical et le Conseil de la santé et du bien-être, mais tous les autres comités-conseils relevant du ministre seront conservés.

De plus, tant le Conseil médical que le Conseil de la santé et du bien-être sont composés de membres qui représentent la population, alors que le Commissaire ne sera pas entouré des personnes de l'extérieur. Le Conseil des aînés craint que cette situation prive la population d'un droit de regard sur les actions du gouvernement en matière de santé et de bien-être, même si des consultations par le biais d'audiences publiques sont prévues par le projet de loi n° 38.

Également, on envisageait que le Commissaire ait un rôle plus direct auprès de l'Assemblée nationale, alors

que le projet de loi n° 38 en fait uniquement un poste rattaché au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Quant aux fonctions et mandats qui sont dévolus au Commissaire à la santé, tels qui sont prévus dans le projet de loi, on s'interroge. Ainsi, au chapitre I du projet de loi, à la section «Nomination, responsabilité et organisation», on mentionne: «Aux fins d'améliorer la santé et le bien-être de la population, le Commissaire est responsable d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de 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.

«Il exerce ces responsabilités notamment 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, des médicaments et des technologies.»

Il nous apparaît — et c'est une constatation qui se maintient tout au long de la lecture du projet de loi — que les fonctions et mandats dévolus au Commissaire sont plus à caractère de validation et rétroactifs, c'est-à-dire que ses rôles sont surtout concentrés sur la validité immédiate de certaines actions et leur évaluation après ce fait. Or, il nous apparaît important, compte tenu entre autres du développement technologique et du vieillissement de la population, que le Commissaire ait des mandats prospectifs, c'est-à-dire qu'il puisse faire exécuter des recherches qui permettent de donner une idée la plus claire possible de l'évolution des besoins de la population. De cette façon, le Commissaire pourrait proposer des solutions qui tiendraient compte des besoins évolutifs de la population et non seulement des besoins ponctuels.

Aussi, il nous semble que les fonctions du Commissaire ressemblent à des responsabilités et des mandats confiés à d'autres instances relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ainsi, dans la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec, chapitre I-13.1.1, on peut lire, dans ses responsabilités... c'est-à-dire dans la Loi sur l'Institut national: «...à informer le ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec; [...] à informer la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de prévenir ou de résoudre ces problèmes.»

De plus, dans la mission même du ministère de la Santé et des Services sociaux, on mentionne que l'un des rôles du ministère est «l'évaluation des effets des politiques en matière de santé et de services sociaux».

Pour sa part, la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information ainsi que la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation au ministère ont, entre autres, via leurs divers services et unités, pour mandats, et je vous les lis: d'évaluer la pertinence, les résultats et l'effet des politiques des programmes et des services; d'assurer le développement de la recherche dans les champs d'intervention du ministère; de mettre à profit les résultats des expériences novatrices; de réaliser les études et analyses nécessaires pour appuyer l'élaboration de politiques, selon les tendances sociales et démocratiques relatives à ces politiques, et pour appuyer le développement

de l'innovation; d'effectuer ou coordonner les études sociosanitaires, et j'en passe.

● (11 h 50) ●

Bien que ces instituts et directions ministérielles aient d'autres mandats et couvrent des aspects non inclus aux mandats du Commissaire, il n'en demeure pas moins qu'il existe des chevauchements qui ne peuvent que créer de l'ambiguïté et des duplications. On risque aussi de s'éloigner des objectifs de la réingénierie qui visent notamment à améliorer l'efficacité et l'efficience des services rendus aux citoyens. Il apparaît donc utile que les responsabilités et fonctions du Commissaire prévues dans le projet de loi soient revues afin qu'elles se distinguent plus clairement de celles des autres entités.

Comme il avait été indiqué en juin dernier, le Conseil des aînés est favorable à la création d'un poste de commissaire à la santé et au bien-être, en autant que ce soit un plus dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et de l'efficience de son réseau de soins et de services et non seulement au nombre des intermédiaires et des organismes. Le présent projet de loi, bien qu'il fournisse des précisions quant à la mission et aux mandats dévolus à ce poste, nous apparaît quelque peu dilué comparativement aux propositions avancées ou à des orientations avancées en juin dernier.

En effet, le document de juin donnait au Commissaire un rôle plus large, notamment en matière de suivi de la Politique de santé et de bien-être et de veille sur les droits et responsabilités des usagers. Le document de juin référerait à l'Assemblée nationale, alors qu'il n'est plus question que du ministre de la Santé et des Services sociaux. De plus, les réflexions menées en juin laissaient croire que plusieurs organismes verraient leurs mandats modifiés ou seraient carrément abolis. Le projet de loi n° 38 conserve dans leur force actuelle tous les organismes relevant du ministre à l'exception de deux.

Le conseil souhaite donc que le Commissaire de la santé et du bien-être soit redevable directement à l'Assemblée nationale, à l'instar du Protecteur du citoyen. De plus, les fonctions et mandats du Commissaire devraient être précisés de nouveau à la lumière de ceux confiés à d'autres organismes relevant du ministre ou même ceux de certaines directions du ministère. Enfin, il apparaît pertinent que les rôles et mandats d'autres comités et conseils soient réévalués en fonction de la création du poste du commissaire dans une perspective de rationalisation. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Mme la présidente. Alors, nous allons débiter la période d'échange et commencer par M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci et bienvenue, Mme la Présidente. Alors, bonjour, monsieur, madame. Je vous salue à titre évidemment de présidente du Conseil des aînés. On oublie de mentionner que, dans les équipes d'évaluation actuellement en circulation dans nos réseaux d'hôpitaux de soins prolongés, outre un représentant du Conseil pour la protection des malades, il y a également un membre de la Table régionale des aînés qui bien sûr a des liens étroits avec votre conseil. Et je vous remercie de cette participation qui ajoute à la crédibilité de l'exercice.

D'emblée, deux remarques. Parmi les remarques que vous faites au sujet du projet de loi sur le Commissaire,

la question de la nomination et de la présence d'un comité de citoyens, comité avisé, forum, a déjà été discutée à plusieurs reprises. Et j'indique ici que ce sont des modifications et des remarques que nous accueillons favorablement et que nous allons étudier. Et nous prenons bon acte de vos remarques.

Maintenant, sur d'autres points plus spécifiques, le caractère rétrospectif ou prospectif, il n'existe rien dans le projet de loi qui empêche le Commissaire de faire une évaluation prospective à sa propre initiative, par exemple, ou par un autre mécanisme. Il pourra également commander une évaluation des recherches qu'il ou elle jugera utile à l'accomplissement de sa fonction. Et il n'y a aucune limitation, du moins à notre compréhension — et, si c'est le cas, on les corrigera — quant à un caractère uniquement rétrospectif de l'action du Commissaire.

En ce qui a trait au chevauchement des organismes existants dans le gouvernement, bien il est bien sûr important que le ministre, le ministre dispose d'organismes-conseils, à l'intérieur même de sa structure, dans l'élaboration des politiques. Il faut préserver la fonction d'imputabilité et décision de l'élu.

Tantôt, on nous reprochait, avec l'instauration du poste du Commissaire, de rendre le poste de ministre de la Santé et des Services sociaux trop facile, parce qu'on disait: Vous allez déléguer plein de tâches au Commissaire puis il ne vous restera plus rien à faire, finalement, perspective que je trouve absolument terrifiante, personnellement. Mais il est indispensable qu'on continue à avoir des organismes tels que l'Institut national de santé publique, la Direction de l'évaluation.

Prenons, par exemple, les groupes de médecine de famille qu'il fallait évaluer et dont nous avons débuté l'évaluation en même temps que le déploiement. Si on n'a pas de direction de l'évaluation qui s'appuie sur des caractères objectifs reconnus, comment pourrions-nous faire cette évaluation? Alors, il me semble que, même si, théoriquement, on pourrait souligner des aspects de chevauchement, ces fonctions doivent également demeurer au niveau du ministère dans l'élaboration de politiques cohérentes et, je dirais, bien avisées.

Alors, peut-être vos commentaires sur ces deux sujets-là: d'une part, le caractère rétrospectif-prospectif, est-ce que vous pensez que ça devrait être plus explicite et, d'autre part, la question des organismes existants, là, dans le ministère.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme la présidente.

Mme Wavroch (Hélène): Je songe. Je dirais qu'effectivement il n'y a rien qui empêche, comme vous dites, de pouvoir avoir un regard prospectif... c'est-à-dire qui empêche la commission d'avoir un regard prospectif. Sauf que l'approche qui a été privilégiée dans la conception de la loi fait penser à un genre de mini-vérificateur général, mini-ombudsman, mini... beaucoup de chapeaux, si vous voulez. Et on connaît de ces genres de postes là une approche qui fait tout simplement des constatations de faits, sans faire à proprement dit des projections. Et c'est ce volet-là qui nous inquiétait. Mais encore là c'est peut-être parce qu'on n'a pas clairement, quant à nous, défini qu'est-ce qu'on entend vraiment du Commissaire, comme tel.

En ce qui concerne... Puis là vous allez me permettre de faire peut-être un commentaire, je dirais, pas méchant, mais qui m'interroge beaucoup. Je comprends qu'il est important d'avoir, exemple, des conseils qui vont venir aviser le ministre dans le cadre des développements de politiques et de cohérence. Et, ceci dit, je ne peux pas faire autrement que vous poser la question à savoir: Mais pourquoi qu'on abolit le Conseil de santé et bien-être, qui, quant à moi, représentait un conseil qui, fort des gens qui l'entouraient, avait... a une expérience — je ne devrais pas parler dans le passé, il n'est pas tout à fait encore aboli — a une expérience qui permet justement d'aviser le ministre sur des politiques cohérentes qui touchent la santé et le bien-être?

M. Couillard: Bien, je vous ferais remarquer que les deux conseils dont on parle, autant le Conseil médical que le Conseil de santé et bien-être, dans les deux cas, étaient les seuls conseils ou sont les seuls conseils — puisqu'ils existent encore, comme vous venez de le faire remarquer — qui ont une vision systémique du réseau de santé et de services sociaux. Les autres ont plutôt une approche de problématique individuelle ou de cheminement individuel des personnes dans le réseau. Alors, dans ce sens-là, la logique est maintenue.

Pour ce qui est de la contribution que tous reconnaissent au Conseil de santé et bien-être, elle semble, d'après ce que nous entendons et ce que nous avons vu depuis notre arrivée au gouvernement également, et auparavant, provenir essentiellement de la valeur ajoutée qu'apporte le forum citoyen ou la participation citoyenne à la démarche. De sorte que, si on transférait cette valeur ajoutée sous forme d'un comité aviseur ou d'un forum de citoyens au niveau du commissaire, je crois qu'on en retrouverait l'essentiel.

La Présidente (Mme Charlebois): Allez-y.

M. Gagnon (Daniel): Je vais me permettre de continuer et d'aborder les aspects de duplication par rapport à des actions, ou des mandats, ou des fonctions gouvernementales.

Vous savez, les aînés, quand on a présenté le projet de loi et le projet antérieur qui nous avait été proposé en juin, les aînés nous avaient dit: Oui, comme on l'a mentionné, si ça donne un plus et si on a une notion de rationalisation et une notion d'efficacité et d'efficience. Avec ce qui nous est présenté... Et il ne faut pas oublier qu'à ce moment-là on entrevoyait peut-être que le Commissaire relèverait de l'Assemblée nationale.

Or, quand on a un projet de loi comme celui-là, où le Commissaire relève du ministre de la Santé, vous comprendrez que et le ministère relève aussi du ministre de la Santé et les directions relèvent aussi du ministre de la Santé. Donc, on se demande: Qu'est-ce que ça donne de plus? Les aînés sont des gens pragmatiques, hein, et ils veulent savoir si ce qu'on va leur offrir va être un plus, ou un égal, ou une forme différente, puis qu'est-ce que ça va donner dans le concret au quotidien, à tous les jours. Et ils ne se retrouvent pas dans le projet tel que présenté, sauf sous une forme, des fois, de duplication de mandat et de mission.

● (12 heures) ●

Donc, on répète un petit peu ce qui a été dit. En ayant des conseils, vous dites: Oui, on peut envisager des modèles de consultation ou même de création de forums — qui seront décidés par qui, on ne le sait pas — alors qu'il a été mentionné

tout à l'heure, que des membres des conseils... on va consulter les organismes, on va consulter toutes sortes de gens pour nous suggérer des personnes, ils ne sont pas nommés... ils sont nommés finalement par le ministre responsable, mais aussi ils sont conseillés fortement par les organismes impliqués dans la cause. Donc, c'est sous cet aspect-là qu'on regarde s'il y a un plus ajouté dans le projet tel que proposé aujourd'hui. Si ça relevait, par exemple, de... si le Commissaire relevait de l'Assemblée nationale, ah là, on est dans une autre... dans une autre avenue, dans une autre optique.

M. Couillard: Vous avez raison, je crois. Mais je comprends que vous ne recommandez pas l'abolition des directions d'évaluation du ministère.

M. Gagnon (Daniel): Absolument pas, parce qu'ils ont, depuis des années...

M. Couillard: Ça, c'est de la grande réingénierie, là.

M. Gagnon (Daniel): Non, au contraire, c'est qu'elles existent déjà, ces structures-là, qui font un travail quotidien depuis des années, qui ont une expertise depuis 20, 25 ans pour certaines, puis on se demande ce que le Commissaire va donner de plus que ce qu'on a déjà. L'institut n'a peut-être pas ces années d'expérience là, mais quand même. Il a quand même des années de plus que le Commissaire, qui n'est pas encore créé. Donc, non, c'est aucunement... On se dit: Le ministère fait déjà des choses, fait déjà des études prospectives, des études d'évaluation des impacts, l'institut en fait. Qu'est-ce que le Commissaire va faire de plus? C'est ça qui est la question.

M. Couillard: Parlons du forum des citoyens ou du comité aviseur, là, qu'on pourrait ajouter à cette fonction. Quelles seraient vos recommandations sur la façon de sélectionner ou de désigner les personnes qui y siègeraient? Vous y avez fait allusion dans votre remarque. Parce que — je m'excuse — le Conseil santé et bien-être a fait des recommandations assez spécifiques sur la façon de le constituer, ce forum des citoyens là, que vous avez peut-être lues ou vues.

M. Gagnon (Daniel): Oui. On a lu attentivement le...

M. Couillard: Alors, je ne sais pas si vous pourriez commenter leurs suggestions.

M. Gagnon (Daniel): Oui. Donc, c'est là encore une question... Compte tenu qu'on a déjà des organismes qui fonctionnent, avec des conseils qui ont un mécanisme de nomination relativement efficace, pourquoi répéter à côté la nomination d'un nouveau conseil d'une même manière ou à peu près? Là est la question. Selon nous, effectivement la nomination des membres d'un comité ne serait pas — en tout cas, à notre avis — un comité aviseur mais se rapprocherait plus de la notion du conseil, serait, via une consultation des... comme ça a été mentionné tout à l'heure, là, des organismes impliqués dans les questions santé et bien-être du Québec et qui pourraient... proposer — pas déléguer mais proposer — au ministre dans ce cas-ci ou à l'Assemblée nationale dans un autre cas des personnes qui pourraient être aptes à occuper ces fonctions-là.

M. Couillard: Mais je comprends bien que ce que vous disiez, c'est: Si le Commissaire devait être nommé par l'Assemblée nationale, tout serait différent.

M. Gagnon (Daniel): Tout serait différent effectivement.

M. Couillard: Voilà. Merci.

M. Gagnon (Daniel): Excusez. Ça ne veut pas dire... Excusez. Ça ne veut pas dire que la consultation ne serait pas quand même nécessaire, là, mais ce serait différent.

M. Couillard: Très bien. Pour terminer, madame, je ne sais pas si... En tout cas, on va faire l'alternance.

La Présidente (Mme Charlebois): Oui. On va aller avec la règle de l'alternance. Alors, je vais... la parole à Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve.

Mme Harel: Alors, Mme la présidente Wavroch, M. Gagnon, merci pour votre présence à cette commission parlementaire.

Alors donc, nous ne sommes pas devant la consultation d'un livre blanc ni d'un avant-projet de loi. Nous sommes devant un choix de gouvernement qui est celui de déposer un projet de loi, lequel projet de loi ne prévoit pas le rattachement du Commissaire à la santé à l'Assemblée nationale, lequel projet de loi ne prévoit pas une participation citoyenne et lequel projet de loi a comme conséquence d'abolir le forum des citoyens que constituait le Conseil santé et bien-être et d'abolir, bon, le Conseil médical. Ce sera particulièrement la semaine prochaine que nous verrons cet aspect-là avec les mémoires présentés par notamment les fédérations de professionnels dans la santé.

Ce que nous demande le ministre, c'est un chèque en blanc. Il nous dit: J'ai fait une chose, mais j'envisage le contraire, n'est-ce pas? Il demande un chèque en blanc en nous disant d'entrée de jeu, notamment ce matin, à la présentation de votre mémoire, il dit ceci — je cite, là: Nous accueillerons favorablement, en parlant des recommandations de rattachement à l'Assemblée nationale et celle du forum citoyen, pour les étudier. S'il disait: Nous les accueillerons favorablement, ces recommandations presque unanimes, pour les retenir, je me sentirais vraiment rassurée. Mais là le ministre nous dit: Je vais les accueillir favorablement pour les étudier.

Moi, en quittant, à Noël, j'étais très rassurée des propos du ministre notamment sur la situation des regroupements de superétablissements sur l'île de Montréal, parce qu'il a fait l'éloge, à plusieurs reprises, du mémoire de l'Association des CLSC et CHSLD en l'accueillant favorablement, c'est le moins qu'on puisse dire. Il l'a fait en commission parlementaire, il l'a fait aussi dans la nuit du bâillon, et j'étais sincèrement rassurée, comme l'était aussi le réseau, jusqu'à ce qu'on comprenne que c'était une manière de parler. Parce que c'est finalement un autre scénario qui a été retenu, qui est celui d'imposer des regroupements avec les centres hospitaliers. Donc, je ne suis pas rassurée. Tant qu'il ne déposera pas, si vous voulez, des amendements ou un nouveau projet de loi, je ne suis pas rassurée, parce que... C'est l'expérience, hein? Je l'aurais

été n'eût été de cette malheureuse expérience de l'automne, là, mais là je ne le suis plus.

Alors donc, la question qui se pose, c'est certainement... Celle de la participation citoyenne est incontournable, celle de l'indépendance et de l'impartialité du Commissaire l'est tout autant, et vous venez nous signaler des duplications avec des mandats qui sont déjà attribués notamment à l'Institut national de santé publique du Québec, qui a un mandat d'informer la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de prévenir ou de résoudre ces problèmes. Donc, là, vous avez, en matière d'information de la population, à la fois l'Institut national de santé publique et vous auriez le Commissaire; en matière de vérification, vous avez à la fois le Vérificateur général, qui garde toujours ces mêmes mandats qu'il a exercé en santé mentale ou en soins à domicile — il les garde — et en même temps le Commissaire, et en même temps la Commission de protection... La Commission des droits et libertés qui, aussi, procède à des enquêtes. Alors donc, je suis obligée de constater que, au-delà de la rationalisation, c'est plutôt la duplication dont il s'agit.

Et la question me venait: Le Conseil des aînés, est-ce qu'il a, si vous voulez, eu confirmation que son rôle serait garanti? C'est-à-dire: Dans la «reengineering» dont parle votre mémoire, là, serait-il possible que vous soyez emportés, comme le Conseil santé et bien-être, ou si vous avez la garantie que le Conseil des aînés va continuer à jouer le rôle qu'on lui reconnaît?

Mme Wavroch (Hélène): J'aurais le goût d'être méchante puis de dire: Bien, il faudrait que vous posiez la question au ministre. Mais je vous dirais qu'on est toujours dans le processus de «reengineering», puis il y a des décisions qui doivent être prises. Le conseil n'a pas plus d'assurance que n'importe qui d'autre dans l'appareil gouvernemental, sur sa pérennité.

Mme Harel: Bon. Ça m'inquiète. Moi, j'ai été ministre responsable des aînés en 1999, à l'occasion de l'Année internationale des aînés, et je dois vous dire que j'ai beaucoup, beaucoup aimé ce mandat. Le chef de l'opposition vient de me confier à nouveau le dossier des aînés, et je suis consciente de l'importance que ça a dans nos sociétés. Ça m'a conscientisée au fait que c'est la première fois dans toute l'histoire de l'humanité... C'est complètement inédit de voir des générations cohabiter, comme ce qu'on vit, au moins jusqu'à 80 ans. On parle de 90 ans, on parle de tous les enfants qui naissent aujourd'hui: un sur deux va vivre jusqu'à 100 ans, quelque chose qui ne s'est jamais produit. C'est vraiment inédit. Il faut apprendre à vivre avec ça. Alors, je comprends pourquoi vous voulez être prospectifs.

Et je crois que, là, vous avez identifié un point, si vous voulez, majeur que nous ont souligné d'autres organismes: il ne faut pas juste faire de l'évaluation, il faut faire de l'amélioration. La population s'attend à de l'amélioration. Et essentiellement, quand on le lit attentivement, le mandat, c'est un mandat d'appréciation ou d'évaluation, et non pas d'amélioration. Est-ce que c'est l'impression que vous avez aussi? Le mandat du Commissaire.

● (12 h 10) ●

Mme Wavroch (Hélène): Bien, au risque de nous répéter, c'est... Pour nous, pour que le mandat du Commissaire puisse être fonctionnel, il faut que, d'une part, ce soit clair c'est quoi, les rôles et mandats, puis qu'on

assure qu'il n'y ait pas de chevauchement et de duplication à l'intérieur des différents mandats. Une fois que ça, c'est fait, est-ce que le rôle du Commissaire va être une plus-value? On croit que ça pourrait être une plus-value mais en autant, on se comprend, qu'il y ait un ménage, à toutes fins pratiques, fait, à savoir la détermination réelle des fonctions et du mandat du Commissaire et tout ce que ça représente, et que ce soit connu.

Vous savez, vous avez sûrement entendu, au cours des audiences, ici, le mot «d'information» étant nécessaire. Les gens actuellement ne connaissent pas l'ensemble... C'est compliqué, le système de santé et de services sociaux au Québec. Ils ne connaissent pas l'ensemble de leurs droits et leurs responsabilités, leurs obligations, etc. Ajouter un nouvel élément qui s'appelle un commissaire, il va falloir que ce soit très clair et il va falloir que ceux qui sont dans le système puissent être capables de l'identifier, à tel point de pouvoir dire: Non, non, il n'y a pas de duplication, c'est clair c'est quoi, les rôles et fonctions de chacun. Sans quoi, pour nous, c'est d'ajouter un autre poste, un autre poste qui n'aura pas un impact important dans le système.

Mme Harel: En fait, quand c'est tout le monde, ce n'est personne, hein, c'est ce que vous nous dites? Quand c'est tout le monde qui est chargé de faire quelque chose, bien ce n'est personne, parce que chacun peut penser que l'autre le fera.

Mme Wavroch (Hélène): Exact.

Le Président (M. Copeman): Ça va? M. le député de Vachon, oui.

M. Bouchard (Vachon): Oui. Merci, M. le Président. Mme la présidente, monsieur, vos réflexions et celles des groupes qui vous ont précédés font la démonstration qu'un gouvernement a tout intérêt à prendre son temps, à ne pas agir avec précipitation dans l'élaboration d'une loi, notamment d'une loi aussi importante que celle-là. Je fais référence, sans m'alourdir outre mesure sur les processus auxquels on a été soumis durant la première session, où les lois n^{os} 7, 8, 25, 30 et 34 ont été étudiées avec un minimum de consultation... Et on aurait sans doute pu prévenir que des réflexes un peu trop vite installés chez le gouvernement ne se manifestent notamment concernant la participation de la société civile. Et, simplement pour fins de mémoire, je vous dirai qu'on a des pertes importantes, là, en termes de participation de la société civile, notamment à partir de la loi n^o 34, sur la reformulation des instances régionales de développement régional, et aussi par rapport à la loi n^o 25, où on diminue considérablement la part de la société civile sur les conseils d'administration, étant donné la diminution du nombre de conseils d'administration.

Mais ça fait référence à une façon de faire du gouvernement qui a été très critiquée par rapport à son comportement durant la session d'automne et qui à mon avis reflète quelque chose de très important. C'est comme si un gouvernement pouvait se passer de l'autorité morale que les citoyens apportent à un processus d'élaboration et de surveillance d'un système qui lui est particulièrement important, notamment le système de santé.

Je lis le projet de loi et je vous écoute le commenter. Et, lorsque vous le commentez, vous dites: Ça ne fait pas

une grosse différence, dans le fond, d'instituer un tel commissaire, puisque finalement c'est en redondance avec ce qui existe déjà, et ça ferait toute une différence s'il était nommé par l'Assemblée nationale et si par ailleurs il pouvait être entouré des mêmes processus de consultation dont dispose le Conseil santé et bien-être maintenant.

Et ce qu'on n'a pas dans ce projet de loi — j'aimerais que vous commentiez là-dessus — ce qu'on n'a pas dans ce projet de loi, notamment dans les notes explicatives — et je me demande si on ne devrait pas écrire un préambule extrêmement percutant à ce projet de loi éventuellement — c'est la finalité même de la création d'un commissaire, la finalité même qui m'apparaît être directement reliée à l'instauration, à la reconnaissance d'une autorité morale, pour commencer, et d'une autorité citoyenne dans l'appréciation, le développement, le maintien et l'amélioration du système de santé. Ce qu'on voit dans les notes explicatives, c'est que le gouvernement veut créer un commissaire et qu'il prévoit qu'il est responsable aux fins d'améliorer la santé, d'apprécier les résultats. Mais la finalité même de la création d'un commissaire, plutôt que de confier cette responsabilité à des instances autres, c'est l'instauration en reconnaissance d'une autorité morale et d'une autorité citoyenne. J'aimerais vous entendre là-dessus.

Le Président (M. Copeman): Mme Wavroch.

Mme Wavroch (Hélène): M. le Président. Je vous dirais que vous avez tout à fait raison. Je trouve ça intéressant quand vous parlez de la finalité. Quand on regarde les postes qui sont normalement, exemple, nommés par l'Assemblée nationale et donc que ça donne l'impartialité, l'autorité morale, la neutralité, la transparence voulue, on attache normalement à ces postes-là l'obligation de rendre public... de rendre finalement compte à la population, et on leur confère aussi des mandats de recommandation. Ceci dit, dans le cadre d'un poste de commissaire à la santé, en présumant qu'il aurait une redevance parce qu'il serait nommé par l'Assemblée nationale, la finalité serait probablement la... Comment on appelle ça, l'«accountability»? Je perds mon français.

Une voix: L'imputabilité.

Mme Wavroch (Hélène): Merci. L'imputabilité au niveau du public. Et... J'hésite parce que je me dis: Bon, bien on l'a déjà en quelque part dans les différentes instances qui existent déjà, là, mais, au niveau du système de santé, les gens sentent qu'ils ont besoin d'avoir quelqu'un qui va parler en leur nom relativement au système de santé. Il y a quelqu'un à quelque part qui va dire: Ça n'a pas d'allure qu'on soit obligés d'aller recevoir nos traitements de chimio aux États-Unis puis que ça ne se passera plus comme ça. Puis il faut faire quelque chose et être en position, si vous voulez, non seulement de dénoncer certaines situations, mais forcer, par l'autorité morale, forcer le gouvernement en place de prendre les actions pour amener des corrections.

Alors, si c'est ce qu'on veut donner au... c'est-à-dire, si on devait donner un pouvoir ou une finalité au niveau du Commissaire, ce serait l'opportunité de pouvoir dénoncer certaines choses, proposer avec qui que ce soit des correctifs et obliger le gouvernement à y apporter les correctifs nécessaires pour améliorer le système. Je vous dis ça

comme ça, là, sans une grosse réflexion, mais je vous dirais que, oui, ce serait ça, la finalité souhaitée dans ce cas-ci.

M. Bouchard (Vachon): Merci bien.

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

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Bonjour et merci pour la présentation de votre mémoire. Dans votre mémoire, vous nous indiquez qu'il est important que le Commissaire ait des mandats prospectifs, de façon à ce qu'il puisse proposer des solutions qui tiennent compte des besoins évolutifs de la population. Et, dans ce temps-là, je reprends le projet de loi puis je me questionne un petit peu. Je comprends votre préoccupation, c'est plus que légitime, mais ce que, moi, je constate, c'est que... Bon. Si je regarde le chapitre II: «Il informe le ministre et la population de la performance globale [...], des changements qu'il propose [pour] améliorer l'efficacité.» Et aussi on parlait tantôt d'études, notamment en ce qui regarde la proactivité. Je regarde au chapitre III, on parle: «...effectuer lui-même ou [...] effectuer des études, enquêtes [...] sondages permettant de documenter une question sur laquelle il doit donner [son] avis.» Est-ce que vous ne voyez pas un lien avec le fait d'être proactif?

Le Président (M. Copeman): M. Gagnon.

● (12 h 20) ●

M. Gagnon (Daniel): Oui. Si on lit entre les lignes, on peut supposer qu'il peut y avoir un certain lien. Mais, quand on ne le mentionne pas comme tel dans un texte, par exemple en mentionnant le fait que le vieillissement de la population ou l'amélioration des technologies va exiger au Commissaire à la santé de faire des études prospectives... Ça aurait été... pas un grand ajout, et puis je pense que ça aurait été effectivement plus précis.

C'est un petit peu la même chose que j'entendais tout à l'heure, où quelqu'un disait: On ne semble pas lire clairement dans le projet de loi que ce qui va être couvert par le Commissaire à un grand volet services sociaux ou bien-être, outre le fait du titre. C'est vrai que, dans le texte, on peut supposer que les aspects bien-être ou services sociaux vont être couverts, mais, quand on le lit d'une façon générale, on semble orienter beaucoup plus le contenu vers la santé, vers les soins médicaux, vers les soins en général, mais pas tellement au niveau du bien-être, et Dieu sait que, pour les aînés, les aspects bien-être, santé aussi, là, mais les aspects bien-être ont un impact, et c'est une préoccupation majeure.

Donc, oui, on peut, entre les lignes, le dire, mais il serait probablement intéressant de mentionner, que ce soit préalablement au projet de loi, ou en en-tête, ou en début, que le Commissaire devra faire des travaux qui vont tenir compte des réalités actuelles et futures de la situation du Québec. C'est juste ça. C'est que ce n'est pas si évident quand on le lit, comme la notion de bien-être n'apparaît pas non plus très évidente quand on lit le projet de loi tel qu'il est présenté.

Le Président (M. Copeman): Allez-y. Allez-y, Mme la députée, bien sûr.

Mme Charlebois: Qu'est-ce que les aînés attendent du système de santé? Qu'est-ce qu'ils préféreraient? Qu'est-ce que vous voudriez avoir, comme système de santé, de plus?

Mme Wavroch (Hélène): Avez-vous trois, quatre heures?

Mme Charlebois: Non, mais allez-y dans les grandes lignes.

Mme Wavroch (Hélène): «Qu'est-ce que vous attendez?» Quand vous dites ça, c'est une grande question, là.

Mme Charlebois: Oui, je sais.

Mme Wavroch (Hélène): Est-ce que vous parlez par rapport au projet de loi ou est-ce que vous voulez dire en général?

Mme Charlebois: On va ramener au projet de loi, si vous voulez.

Mme Wavroch (Hélène): Parce que je vous dirais que, en général, ce qu'il est important de retenir, c'est que les aînés, là, c'est tout le monde qui est assis ici, hein, parce que, même si vous avez 25 ans, là, vous allez être un aîné tout à l'heure. Donc, ça oblige un regard pour le futur et une réalisation qu'actuellement on est déjà rendu dans le futur, là. A toutes fins pratiques, on est déjà rendu dans le futur quand on considère que, dans très peu de temps, on va être une personne sur trois qui va avoir 50 ans et plus. D'ailleurs, il y en a quelques-uns ici. Je le sais. D'ailleurs, je dis... Ici, c'est comme un sur quatre, mais ce n'est pas loin.

Ceci dit, pour les aînés, la préoccupation doit être une préoccupation qui fait en sorte qu'on tient compte qu'on est dans une situation de population vieillissante. Les services de santé, les services de bien-être vont être différents. À titre d'exemple, là, juste vite, vite, vous savez, on dit souvent, nous autres, au Conseil des aînés: Le temps des pédiatres est fini, c'est le temps des gériatres. Alors, pourquoi on dit ça? Parce qu'on estime qu'il faudrait peut-être que le gouvernement regarde à plus pousser cette spécialité, sans atténuer l'autre, là, mais, tu sais, qu'on réalise qu'on est dans une autre ère.

De la même façon, quand on parle de bien-être, vous savez, il y a quand même 70 % de la population aînée au Québec — on entend les gens de 65 ans et plus — qui n'utilisent même pas les services de santé, c'est-à-dire au sens hospitalier, qui sont bien médicamentés, et ça va bien dans leur vie. Sauf que... Ils vivent plus longtemps, ça, c'est bien le fun, mais ils s'appauvrissent en vieillissant. Ils ne sont jamais assurés que ce que le système va leur offrir, exemple en termes d'assurance médicaments, va rester comme tel. Il y a des inquiétudes à ce niveau-là.

Ça fait que, quand vous dites: Qu'est-ce qu'ils veulent?, c'est qu'ils veulent s'assurer qu'ils vont pouvoir continuer à vivre un minimum de qualité de vie, et ça, par qualité de vie, on entend tout. On entend autant hébergement que soins de santé, que transport. Et ils veulent s'assurer qu'ils peuvent compter sur un système de santé qui va venir répondre à leurs besoins et qui va avoir des bases solides

pour déterminer ce qu'ils ont droit, exemple qu'on n'aura pas à questionner à savoir si on va avoir des «caps» de genou puis des hanches qui vont être remplacés ou pas parce que le système ne peut pas le supporter. Alors, tu sais, ça va loin, là, les besoins puis les préoccupations. Mais les préoccupations sont autant au niveau des services sociaux que la notion de bien-être.

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

Mme L'Écuyer: Bonjour. Merci de votre mémoire. En tenant compte des besoins évolutifs dont vous parlez et qui vous préoccupent, quels pourraient être les liens de collaboration entre le Conseil des aînés et le Commissaire, si on le regarde dans une perspective au niveau de l'évaluation des services?

Mme Wavroch (Hélène): Vas-y, Daniel.

M. Gagnon (Daniel): Bien, entre tous les organismes gouvernementaux, il peut y avoir des liens privilégiés et des liens de collaboration quand on veut bien les utiliser, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. Dans ce cas-ci, le Conseil des aînés a comme mandat de n'étudier que les questions touchant les aînés, donc tout ce qui touche le vieillissement de population, tout ce qui touche les besoins. Je ne parle pas juste des personnes âgées de 65 ans ou plus, mais du processus de vieillissement. Tout ce qui touche le vieillissement de population et ses impacts autant au niveau de la santé qu'à d'autres niveaux, le conseil, c'est son mandat de suivre ça, de faire des avis, de faire des études. Et il pourrait fortement collaborer à tous les travaux autant au ministère de la Santé que, par exemple, au ministère des Transports, comme il l'a fait souvent, ou à d'autres ministères, des Affaires municipales ou à d'autres. Donc, il ne s'agit que de l'utiliser, mais les avantages pour les deux côtés seraient très importants, ça, c'est évident, puis sur une multitude d'aspects.

Mme L'Écuyer: Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Alors, Mme Wavroch, M. Gagnon, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire. Et, sur ce, j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à mardi, le 16 mars, à 9 h 30. Merci.

(Fin de la séance à 12 h 27)