



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 17 mars 2004 — Vol. 38 N° 42

Consultation générale sur le projet de loi n° 38 — Loi
sur le Commissaire à la santé et au bien-être (5)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, avenue Honoré-Mercier, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 17 mars 2004 — Vol. 38 N° 42

Table des matières

Auditions (suite)	1
Association médicale du Québec (AMQ)	1
Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)	10
Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ)	18
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)	24
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	33

Intervenants

Mme Lucie Charlebois, présidente suppléante

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
M. Janvier Grondin
Mme Charlotte L'Écuyer
M. Norbert Morin
M. Daniel Bernard
M. Camil Bouchard

- * M. André Senikas, AMQ
- * Mme Doris Provencher, AGIDD-SMQ
- * Mme Denise Brouillard, idem
- * M. Guy Plourde, idem
- * M. Jacques Lemire, ACCQ
- * Mme Marie-Claude Martel, idem
- * Mme Sonia Amziane, idem
- * M. Yves Dugré, FMSQ
- * M. Patrick Garceau, FMRQ
- * M. Daniel Paquette, idem
- * M. Renald Dutil, FMOQ

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 17 mars 2004 — Vol. 38 N° 42

**Consultation générale sur le projet de loi n° 38 — Loi
sur le Commissaire à la santé et au bien-être (5)**

(Neuf heures trente-huit minutes)

La Présidente (Mme Charlebois): Bonjour à tous. Bienvenue aux travaux de la Commission des affaires sociales. J'aimerais, en début, vous rappeler que, pour la bonne marche des travaux, les téléphones cellulaires et les téléavertisseurs sont interdits dans la salle. Alors, je demanderais aux gens de bien vouloir les fermer pour la durée de la séance.

Ensuite, je vous rappelle le mandat de la commission. La Commission des affaires sociales est réunie afin de poursuivre la consultation générale et les auditions publiques sur le projet de loi n° 38, Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Alors, M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) va être remplacé par M. Morin (Montmagny-L'Islet). C'est tout.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci. Alors, aujourd'hui, nous allons recevoir — je vais vous faire part un peu de l'ordre du jour — l'Association médicale du Québec; l'Association des groupes d'intervention en défense de droits de santé mentale du Québec; l'Association des CLSC et CHSLD du Québec; la Fédération des médecins spécialistes du Québec et Fédération des médecins résidents du Québec; et nous allons terminer avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Auditions (suite)

Alors, nous allons débiter avec l'Association médicale du Québec. Et je demanderais à M. Senikas de bien vouloir nous présenter vos invités. Et, comme vous le savez, vous avez 20 minutes pour la présentation de votre mémoire, qui va être suivi d'échanges avec les groupes parlementaires.

Association médicale du Québec (AMQ)

M. Senikas (André): Merci, Mme la Présidente. J'ai avec moi le Dr Robert Ouellet, qui est radiologiste de Laval. Et, moi, je m'appelle André Senikas. Je suis médecin généraliste de Saint-Jean-sur-le-Richelieu.

• (9 h 40) •

Alors, Mme la Présidente, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, Mmes, MM. membres de la Commission des affaires sociales. Dans un premier temps, permettez-moi de remercier la Commission des affaires sociales de permettre à l'Association médicale du Québec de présenter son point de vue dans le cadre des consultations sur le projet de loi n° 38. Pour ce faire, je suis, comme je vous ai mentionné tout à l'heure, accompagné par le vice-président de l'association, le Dr Ouellet.

L'Association médicale du Québec est la seule association québécoise qui rassemble les omnipraticiens et

les spécialistes, les résidents, les médecins et les étudiants en médecine. Sa mission est de rassembler et de soutenir les médecins au Québec afin de garantir à la population québécoise des conditions et des soins de santé de qualité. Notre intervention, ce matin, se veut lucide et constructive. Elle est guidée essentiellement par notre souci de contribuer de façon efficace et positive à l'amélioration des services à la population.

Depuis quelques années déjà, l'AMQ plaide en faveur de la dépolitisation de notre système de santé. C'est une question que nous avons eu l'occasion d'aborder dans le cadre des consultations menées par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, la commission Clair. Nous avons également exposé notre point de vue devant la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, la commission Romanow. Nous avons alors proposé que soit créé un organisme indépendant responsable de l'organisation des services de santé pour le Québec. Nous avons également recommandé que le budget de la santé soit géré indépendamment de celui des autres ministères.

Aussi, c'est avec beaucoup d'intérêt que nous avons accueilli certains passages du programme du Parti libéral du Québec traitant du Commissaire à la santé. L'intention qu'on y retrouve de créer un poste de Commissaire nommé par et relevant de l'Assemblée nationale était, selon nous, une excellente idée et un pas dans la bonne direction. Ce n'est malheureusement pas ce que prévoit le projet de loi n° 38.

La décision de faire nommer le Commissaire à la santé et au bien-être par le gouvernement est lourde de conséquences. Elle nous renvoie à l'un des principaux enjeux du projet de loi, à savoir l'indépendance et l'impartialité du Commissaire. La nomination du Commissaire sera forcément politique, puisqu'elle relèvera du gouvernement. Comment, dans ces circonstances, la population du Québec pourra-t-elle faire confiance au jugement et aux recommandations d'une personne dont l'avenir immédiat peut être décrété par le gouvernement?

Les responsabilités énoncées à l'article 2 du projet de loi nous apparaissent tout simplement incompatibles avec le statut de simple employé de l'État. Le Commissaire à la santé et au bien-être devrait plutôt avoir les coudées franches et la tête au-dessus de la mêlée. L'AMQ est d'avis que le Commissaire devrait avoir la même indépendance que le Vérificateur général. Il devrait être nommé par l'assemblée générale.

Ailleurs au Canada, la tendance s'oriente vers la création d'organismes indépendants pour évaluer et rendre compte de la performance du réseau de santé. En Alberta, le gouvernement a créé une agence indépendante permanente, qui s'appelle the Health Services Utilization and Outcomes Commission, dont le mandat est de surveiller, évaluer et de rendre compte de la qualité, la sécurité et la performance du système de santé et de collaborer avec divers intervenants pour assurer l'amélioration continue du réseau.

De façon analogue, le gouvernement de la Saskatchewan a créé le Health Quality Council pour rendre compte de la performance du réseau provincial de santé et

recommander des mesures innovatrices pour améliorer la qualité des soins. Cet organisme est doté d'un conseil d'administration composé de chefs de file provinciaux, nationaux et internationaux.

Dans la foulée de l'accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, le Conseil de la santé a été mis sur pied, regroupant des représentants des deux ordres du gouvernement, des experts et des représentants du public nommés par les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé. Ce conseil a le mandat d'assurer le suivi et de rendre compte annuellement aux Canadiens de la mise en oeuvre de l'accord, notamment des aspects touchant la responsabilité et la transparence. Dans l'exécution de ce mandat, le Conseil de la santé, pour éviter toute duplication, travaillera en étroite collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé. En fait, ce dernier deviendra sans doute sa principale source d'information.

Le Québec a déjà annoncé qu'il ne participera pas au Conseil de la santé, tout comme l'Alberta, d'ailleurs. La composition du conseil, rendue publique en décembre dernier par la ministre fédérale de la Santé du temps, l'honorable Anne McLellan, reflète d'ailleurs ces absences.

Le Québec est toutefois engagé à collaborer avec le Conseil de la santé via son propre Conseil de la santé et du bien-être — le CSBE. Mais voilà, le projet de loi n° 38 prévoit l'abolition du Conseil de la santé et du bien-être, dont les obligations seront dorénavant assumées par le Commissaire à la santé et au bien-être. Le Québec s'est engagé à collaborer avec le Conseil de la santé, mais une simple collaboration ne lui permettra pas d'exercer tout le leadership auquel on est en droit de s'attendre.

Nous croyons que le Québec doit résister à la tentation de travailler d'une façon isolée. Plus que jamais, les décisions concernant les orientations en matière de santé passent par notre capacité d'évaluer les résultats, de mesurer ce que nous faisons et ce que ça nous en coûte. Dans cette optique, la notion de «benchmarking» prend ici toute une importance. Le Québec doit être en mesure de se comparer avec ce qui se fait ailleurs, au Canada et dans le monde. Et en ce sens le Québec devrait participer pleinement aux travaux du Conseil de la santé et ne pas se limiter à un simple échange d'information. Sur le plan opérationnel, la nécessaire comparabilité entre les provinces exige un minimum d'uniformité au niveau des indicateurs et des méthodes d'analyse. Une approche trop distinctive en statistiques ne peut qu'être nuisible. C'est en se comparant que nous pourrions nous améliorer.

Cet appel à la participation pleine et entière du Québec au Conseil de la santé ne doit en aucune façon être perçu comme une cessation de juridiction en matière de santé. La santé est une juridiction provinciale et elle doit le demeurer. L'AMQ l'a répété haut et fort devant la commission Romanow et n'a jamais raté l'occasion de dénoncer les duplications coûteuses et inutiles. Accepter de participer aux travaux du Conseil de la santé ne signifierait nullement pour le Québec une remise en question ni même une dilution de sa pleine et entière juridiction sur l'organisation de son réseau de santé et de services sociaux. Par analogie, personne ne mettrait en doute la volonté du Canada de conserver sa souveraineté parce qu'il collabore au travail de recherche de l'OCDE.

Ce qui est en jeu ici, c'est la pérennité même de notre système de santé, c'est la capacité qu'aura le Québec

de préserver le caractère public du financement du système et de décider de ses orientations. Le financement public de notre système est largement tributaire du niveau de confiance qu'il suscite. Se tenir à l'écart des instances qui évaluent la performance des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ne pourra que fragiliser le Québec.

Le projet de loi n° 38 prévoit l'abrogation des lois constitutives du Conseil de santé et du bien-être — le CSBE — et le Conseil médical du Québec et la prise en charge, par le Commissaire à la santé et au bien-être, des obligations et responsabilités dévolus à ces organismes.

Distinguons les principales fonctions qui doivent cohabiter dans un système de santé qui fonde ses décisions et ses orientations sur une analyse rigoureuse et attentive de son environnement, en tenant compte de «l'ensemble des éléments systémiques interactifs» du système, pour reprendre le libellé de l'article 2 du projet de loi.

L'appréciation des résultats est une fonction qui sera assumée par le Commissaire. L'évaluation des technologies est déjà la responsabilité de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. La protection des droits de l'utilisateur est présentement assurée par un mécanisme récent qui prévoit l'intervention des commissaires locaux à la qualité et aux plaintes, d'un médecin examinateur et, ultimement, d'un recours à un protecteur des usagers qui relève du pouvoir central. Le ministre a annoncé la révision de cette fonction.

Le Conseil de la santé et du bien-être et le Conseil médical du Québec existent depuis plus de 10 ans. Ils ont une fonction conseil qui est différente de celle de l'appréciation des résultats. Le projet de loi n° 38 prévoit leur abolition, et leurs fonctions seront prises en charge par le Commissaire.

En trame de fond se profile la possibilité d'une charte des droits et responsabilités des usagers, clairement évoquée dans le programme électoral du Parti libéral du Québec, et dont on ne sait si elle servira à nourrir des plaintes ou à établir des délais quant à l'accessibilité des services.

Le jugement que nous portons est sévère: loin de clarifier ces concepts, le projet de loi n° 38 ne fait que les confondre et les ignorer. Il est regrettable que les différents concepts fassent l'objet d'une approche séquentielle plutôt que d'une approche globale, beaucoup plus systémique. Les fonctions évoquées plus haut sont utiles et sont prises en charge de façons différentes dans la plupart des sociétés. Nous attendons de notre gouvernement qu'il clarifie ces concepts, qu'il les organise et qu'il les structure. À cet égard, le projet de loi n° 38 nous laisse sur notre appétit.

Selon l'AMQ, le Commissaire à la santé et au bien-être devrait être responsable d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux et de formuler des recommandations à l'Assemblée nationale sur les grands enjeux auxquels notre système de santé est confronté. Il devrait également être l'organisme chargé de faire l'interface entre le Québec et l'Institut canadien d'information sur la santé. À cet égard, il aurait la lourde responsabilité de développer des indicateurs qui permettraient au Québec de pouvoir se comparer aux autres provinces. Pour remplir cette fonction, il aura besoin de ressources professionnelles différentes de celles qu'on retrouve au Conseil médical ou au Conseil de santé et bien-être et qui s'apparentent davantage au domaine de l'économie de la santé, de la statistique et de la recherche opérationnelle.

● (9 h 50) ●

Dans cette optique, le mandat du Commissaire exclurait les fonctions de gestion des plaintes, d'évaluation des technologies ainsi que les fonctions de conseil présentement assumées par le Conseil médical du Québec et par le Conseil de la santé et du bien-être. L'existence de ces derniers organismes ainsi que celle de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé seraient maintenues.

L'AMQ est d'avis que l'AETMIS doit demeurer intacte et servir de source d'information au niveau du Commissaire à la santé et du bien-être. Et, en ce qui a trait à l'évaluation des technologies, seuls le Québec et la Colombie-Britannique sont dotés d'une agence indépendante vouée à l'évaluation des technologies. Dans une moindre mesure, l'Ontario, l'Alberta, le Manitoba et la Saskatchewan disposent de centres d'évaluation indépendants qui oeuvrent dans ce domaine. Étant donné le nombre toujours croissant de nouveaux médicaments, nouvelles technologies de santé, la tendance est vers la centralisation et la coordination des évaluations de technologies par le biais de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. Il ne fait pas de doute que l'AETMIS devrait établir des mécanismes permanents d'échange avec l'Office canadien.

Pour sa part, le Conseil de santé et bien-être a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être à la population en fournissant des avis au ministre, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats. Ces activités portent sur les objectifs de santé et de bien-être ainsi que sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité. Les avis qu'a émis le Conseil de santé et bien-être au cours des dernières années sont crédibles et justifient largement la poursuite de son mandat.

Quant à la gestion des plaintes, l'AMQ fait sienne la recommandation du Conseil de la santé et du bien-être, de septembre 2003, de faire, entre guillemets, «la distinction entre les fonctions de protection et de défense des droits, qui s'apparentent à celles d'un ombudsman, de celles de l'évaluation, qui s'apparentent à celles d'un vérificateur». Selon l'AMQ, la défense des droits des usagers ne devrait pas être du ressort du Commissaire.

Nous aurons l'occasion d'aborder, au prochain chapitre, les conséquences néfastes de la disparition du Conseil médical du Québec, mais, pour l'instant, nous ne pouvons que réitérer notre opinion à l'effet que la fusion des fonctions d'appréciation des résultats de notre système de santé et les fonctions conseil du Conseil de santé et bien-être et le Conseil médical du Québec engendre une confusion des genres.

Pourquoi donc l'abolition de ces organismes-conseils? Quelles sont les garanties que le Commissaire à la santé et au bien-être puisse assumer les fonctions et responsabilités du Conseil de santé et du Conseil médical, tout en remplissant le mandat qui lui est confié par le projet de loi n° 38? Ces fonctions, nous le répétons, sont différentes.

Les missions respectives du Conseil de la santé et du bien-être et du Conseil médical du Québec nous laissent croire que ces organismes ne détiennent pas l'expertise pour remplir le mandat dévolu au Commissaire. Qui donc le fera? Manifestement, le gouvernement devra investir et ne pas compter uniquement sur un transfert de responsabilités.

Le Conseil médical du Québec a été créé par voie législative en décembre 1991. Il répondait à un vœu exprimé par la profession médicale qui désirait disposer d'un mécanisme lui permettant de faire valoir son propre point

de vue auprès des autorités gouvernementales. Le mandat confié au conseil consiste à fournir au ministre responsable des avis sur toute question relative aux services médicaux en tenant compte de l'évolution des coûts de ces services, des besoins de la population en cette matière et de la capacité de payer de cette dernière.

Un des principaux enjeux entourant l'abolition du CMQ est d'obtenir la garantie que le nouveau Commissaire à la santé et bien-être permettra aux médecins d'avoir voix au chapitre de façon... aussi importante qu'à travers les anciennes structures. Or, rien dans le projet de loi ne nous garantit une telle chose.

En guise de conclusion, tout en recommandant la participation de Québec aux travaux du Conseil de la santé, l'Association médicale du Québec croit qu'il y a place pour un Commissaire à la santé et au bien-être dont les fonctions et responsabilités seraient recentrées selon les paramètres que nous avons énoncés plus tôt.

Manifestement, afin de remplir adéquatement son mandat, le Commissaire doit pouvoir disposer des ressources suffisantes. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, ses responsabilités impliquent le recours à des ressources professionnelles différentes de celles du Conseil médical du Québec et du Conseil de la santé et du bien-être. La mise sur pied de cette instance ne doit pas être considérée comme une dépense, mais bien comme un investissement qui profitera à l'ensemble de la société québécoise. Alors, merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. Senikas. Nous allons débiter la période d'échange avec M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Bonjour, Dr Senikas, Dr Ouellet. Plusieurs points très intéressants ont été abordés dans votre présentation. On va essayer, si le temps nous le permet, de les aborder tous.

Parlons d'abord du statut ou du mode de nomination du Commissaire. Vous avez, à juste titre, dans votre présentation, fait des parallèles avec ce qui se fait dans d'autres juridictions canadiennes, comme en Alberta, en Saskatchewan, et on pourrait dire même, récemment, l'Ontario. Or, dans ces trois cas, les commissaires ou l'équivalent sont des gens qui sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil ou par le gouvernement en fait et non pas les assemblées législatives de ces trois autres législations. Pensez-vous donc que les initiatives de ces provinces sont inférieures en qualité à ce que vous recommandez ou est-ce que l'indépendance est directement garante du mode de nomination dans tous les cas?

M. Senikas (André): Je pense que le problème va être centré sur quels vont être les rôles et responsabilités du Commissaire de la santé. Tant qu'on ne sait pas quels seront le rôle et le mandat de ce Commissaire de la santé, ça va être difficile de savoir de quelle façon il va être nommé, de quelle façon... quel genre de personne on va prendre pour remplir ce poste-là. Alors, ça va dépendre justement, vous, les élus, qu'est-ce que vous allez accorder comme mandats et responsabilités. Mais c'est certain, et je pense que tout le monde est d'accord et clair sur une chose, c'est que l'indépendance, la transparence, l'impartialité de cette personne-là... C'est quelqu'un qui doit dépendre de l'assemblée générale.

De quelle façon il peut être rattaché à l'assemblée générale? Je pense que vous avez le bureau de l'assemblée

générale, je pense que vous avez la Commission des institutions; c'est deux façons de peut-être le rattacher. Mais l'indépendance, la transparence, l'impartialité... Et je pense que les Québécois recherchent quelqu'un de crédible, de confiant, d'objectif, qui peut faire rapport sur le réseau de la santé de façon ponctuelle, de façon régulière, et ça peut mettre un débat qui va se suivre d'une façon régulière. Mais ça prend quelqu'un qui va être capable de fournir des données objectives.

M. Couillard: Vous avez également abordé la question du Conseil canadien de la santé. Notre opinion là-dessus diffère de la vôtre, comme vous le savez. Étant donné, comme vous l'indiquez clairement, qu'il s'agit d'une juridiction québécoise, nous pensons que l'imputabilité et la reddition de comptes doivent se trouver au niveau où la juridiction se trouve, c'est-à-dire que l'organisme d'imputabilité et de transparence — ici, le Commissaire — doit se trouver au niveau du gouvernement du Québec et non pas au niveau du gouvernement fédéral qui, dans les faits, comme vous le savez, est un actionnaire minoritaire, de loin, du système de santé canadien. Donc, là, on a, je crois, une différence d'opinions.

Mais comment est-ce que vous réconciliez, là, ce niveau d'imputabilité identique au niveau de la juridiction, d'une part, et le statut d'actionnaire minoritaire du gouvernement fédéral qui voudrait, là, en créant ce conseil, se créer lui-même un rôle de supervision générale du système de santé?

M. Senikas (André): C'est certainement qu'il y a un dilemme qui est difficile à aborder, mais je pense que le conseil... Le Québec a un rôle de leadership à faire au niveau de ce conseil. On a fait beaucoup d'innovations dans notre réseau de la santé. On a beaucoup de choses à apporter. Et, si on veut avancer notre système de santé ici, au Québec, on a besoin de le faire avec les mêmes méthodes d'analyses, on a besoin de le faire avec les mêmes outils, on a besoin d'avoir une collaboration étroite avec les autres provinces. Par le biais du Conseil de santé canadien? Probablement, parce que c'est l'institution qui est en train d'être mise sur pied.

Je pense qu'on va être plus perdants de ne pas participer pleinement que de participer d'une façon active et pleinement. On a beaucoup à apporter en termes de leadership dans le domaine du réseau de la santé. Mais, pour nous, au Québec, pour qu'on puisse nous améliorer, pour qu'on puisse se comparer, on a besoin, je pense, de... pas jumeler, mais on a besoin peut-être d'utiliser les mêmes méthodes, d'avoir une certaine coordination plus étroite qu'on a dans le passé.

M. Couillard: Par ailleurs, pour ce qui est des indicateurs, vous avez raison, il est important de se doter d'indicateurs qui permettent une comparaison juste. Parce qu'il y a des éléments du système de santé qui sont difficilement pris en compte dans la façon dont les indicateurs sont faits ailleurs au Canada, compte tenu du fait, par exemple, que nous intégrons les services sociaux, compte tenu du fait qu'il y a des dépenses du système de santé qui se trouvent dans d'autres branches du gouvernement. Et là-dessus on a indiqué, et le gouvernement précédent également avait indiqué qu'il était prêt à collaborer dans la mise sur pied de ces indicateurs-là. Et, une fois qu'on a défini les indicateurs,

la question de participer ou non au Conseil de la santé, à mon avis, est une autre question; il n'y a pas forcément de lien entre les deux.

M. Senikas (André): Pas forcément, mais il y a plusieurs façons dont on peut participer dans le conseil, comme vous le savez. Il y a des représentants nommés par les provinces et des représentants qui sont nommés par le conseil lui-même. Et, quand on regarde... Quand j'ai regardé la liste des 27 personnes au niveau du conseil, je vais vous dire, j'en ai vu, je pense, 10 qui proviennent de l'Ouest, je pense que j'en ai vu quatre à six qui proviennent des territoires isolés, deux de l'Ontario, six de l'Est, personne de Québec. Et je trouve ça lamentable que le Québec, qui forme plus qu'un quart de la population du Canada, le Québec, qui a tellement de belles choses, qui a tellement de connaissances, qui a tellement de choses qui ont été faites dans le domaine de la santé, qu'on n'est pas là. Je trouve ça peut-être une lacune pour nous autres. On doit être là. On a un leadership à apporter, on a quelque chose à dire et on a quelque chose à apprendre des autres. On va voir qu'est-ce qui se passe de façon plus étroite en collaborant avec eux de façon plus étroite.

● (10 heures) ●

M. Couillard: Oui. D'ailleurs, ce leadership du Québec est encore bien reconnu, hein? J'étais à Vancouver, au cours des derniers jours, puis on parlait de la régionalisation des soins de santé, et ce qu'on est en train de faire actuellement avec les réseaux locaux est suivi avec énormément d'intérêt ailleurs au Canada, comme preuve également du fait que le Québec encore une fois se trouve à l'avant-garde de l'organisation des systèmes de santé. Mais ça... on demeure mal à l'aise avec le problème de juridiction fondamental, et c'est la raison pour laquelle vous ne verrez pas de représentant québécois au Conseil de la santé, et je tiens à le répéter.

Maintenant, le point que vous avez mentionné pour le collège... pardon, le Conseil médical du Québec. Vous faisiez état de la représentation des médecins et du fait que de la profession était venu ce désir d'avoir son mot à dire dans l'organisation des soins de santé, d'où la mise sur pied du Conseil médical du Québec en 1991. Vous savez d'ailleurs bien sûr que le sous-ministre en titre actuel est le dernier président du Conseil médical du Québec.

Est-ce qu'on ne peut pas dire... parce qu'on m'en a même fait des remarques autour de cette table récemment. On m'a dit qu'on écoutait trop les médecins, qu'on entendait trop les médecins au niveau du ministère, qu'on entendait juste les médecins. Est-ce que vous ne pensez pas que les médecins ont plus d'influence qu'ils en avaient à cette époque-là, étant donné la création d'une direction identifiée, d'une relation claire entre cette direction et les directions médicales des régions, la mise sur pied des tables... des RUIS, par exemple? Il me semble, à titre moi-même de praticien, il y a quelque temps, que la voix de la profession médicale, sans être une voix prépondérante, parce qu'il y a beaucoup d'autres voix qui sont entendues au ministère que celle de la profession médicale, cette voix-là néanmoins est entendue de façon beaucoup plus nette qu'elle l'était auparavant.

M. Senikas (André): Je pense que la profession médicale se recherche probablement une autre façon de faire. Depuis 30 ans que je pratique, je vois toujours les

mêmes personnages qui sont dans les mêmes structures, dans les mêmes postes, qui disent la même chose, avec des changements ici et là. Je pense que ce qu'on recherche de plus en plus, c'est peut-être les gens, les gens qui travaillent auprès du public, auprès des patients, auprès des cliniciens. Et je ne dis pas juste de la profession médicale; je parle aussi des infirmières, des techniciens et de tous les gens qui travaillent dans le domaine de la santé et qui travaillent auprès des patients. Ces gens-là cherchent une voix. Ils veulent contribuer de façon à améliorer la dispensation des soins de santé et la prestation des soins de santé au Québec, et ces gens-là n'ont pas une voix directe, et ces gens-là ne sont pas nécessairement écoutés. On a des professionnels qui sont là, qui disent toujours les mêmes choses, année après année, mais les gens qui veulent exprimer leur façon de faire, qui veulent mieux opérationnaliser le réseau de santé, ils ont de la misère à le faire, et je pense que c'est ce qu'on veut apporter, c'est cette voix-là.

C'est certain que vous avez des médecins DSP, vous avez des médecins au niveau de la régie régionale, vous avez des médecins qui sont plutôt des administrateurs, des employés d'État, etc., mais ce n'est pas des médecins qui expriment avec autonomie, qui expriment avec liberté qu'est-ce qui se passe dans le réseau, qu'est-ce qu'on peut faire pour l'améliorer. Alors, je reviens toujours... le plan... le côté opérationnel des réseaux de la santé.

M. Couillard: Vous avez mentionné également l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé. Je vous précise tout de suite qu'il n'est nullement question de faire disparaître cette agence-là ni de l'intégrer d'ailleurs au bureau du Commissaire, qui pourrait cependant utiliser ses avis à bon escient pour faire son travail d'évaluation et de conseil.

Je vous donne un exemple d'un débat qui est d'actualité, le débat entre l'accès à la technologie et les autres priorités du système de santé. Prenons, par exemple, le cas des défibrillateurs internes pour la maladie cardiaque, où le débat est à faire entre l'accès illimité à cette technologie, d'une part, puis, d'autre part, d'autres priorités, comme les modes de vie, la prévention, le traitement non invasif des problèmes cardiovasculaires en amont des problèmes aigus, et ce genre de débat là est l'illustration tout à fait classique du dilemme éthique dans lequel notre société, notre système de santé va être plongé non seulement maintenant, mais de façon croissante au cours des prochaines années.

Est-ce que vous ne pensez pas que le Commissaire a un rôle majeur à jouer dans l'éclairage à apporter dans ce débat-là, une chose entendue bien sûr étant que l'élu conserve la responsabilité ultime de faire les choix puis d'en rendre compte à la population? Mais, moi, ce que j'ai constaté à la lecture des avis de l'AETMIS, c'est qu'il y avait souvent peu de considérations de type éthique ou de choix social qui suivaient la recommandation ou l'avis qui était donné, et il m'a semblé ou il nous semble que le Commissaire peut ajouter cette dimension dans l'éclairage qu'on donne, par exemple à l'introduction d'une nouvelle technologie.

M. Senikas (André): Quand je lisais le projet de loi n° 38, une des choses qui m'a sauté aux yeux, c'est le fait qu'on regarde dans le libellé 2: «Il exerce ces responsabilités [...] en [égard] de la qualité, de l'accessibilité, de l'intégration, de l'assurabilité et [le] financement des services, les aspects éthiques liés à la santé et [...] bien-être, des médicaments

et des technologies», ça me donne une impression qu'on est en train de créer un autre ministre de la Santé en parallèle. Et je pense, si on donne trop des choses qui sont différentes et disparates, on va aboutir à rien, on va noyer qu'est-ce qu'on recherche. Et qu'est-ce qu'on recherche, c'est quelqu'un qui va faire un rapport de façon transparente, de façon crédible, de façon impartiale. Je pense que, si on le rattache trop à ces fonctions-là, on va noyer le Commissaire de la santé. Je pense que l'Agence d'évaluation des technologies peut donner un rôle de support, et doit continuer à exister, et certainement peut donner conseil au Commissaire à la santé. Mais de les inclure dans le mandat, les responsabilités du Commissaire de la santé, ça, je pense que ça va tout simplement diluer le produit.

M. Couillard: On est d'accord. C'est pour ça qu'on veut garder l'évaluation technique des technologies sous la responsabilité de l'AETMIS. Mais toute la coloration éthique et le débat de société, là, qui s'ensuit doit avoir un forum plus large qu'uniquement une agence d'évaluation technique comme celle de l'AETMIS. Et je pense qu'encore une fois c'est là que l'élément de la dépolitisation et de la politisation du système de santé se trouve.

Vous avez raison, plusieurs acteurs du système de santé ont suggéré la dépolitisation du système de santé au cours des dernières années, mais il faut voir que cette dépolitisation, poussée trop loin, a également des effets pervers. Il faut quelque part qu'une imputabilité finale de l'élu vis-à-vis de la population soit respectée et assurée de façon à ce que, les décisions prises, on puisse en rendre compte et les expliquer ou les justifier, le cas échéant. Parce que souvent le terme «dépolitisation» est utilisé comme une façon plus ou moins apparente de dire: Bien, toutes les demandes doivent être accueillies sans égard à ce qu'on appelle la politique ou ce que j'appelais, moi — et madame m'a cité récemment — la politique avec un grand P, c'est-à-dire les grands choix de société, ceux qu'on discute puis qu'on fait entériner par nos concitoyens, soit au moment de l'élection, soit par d'autres méthodes entre les élections générales, de sorte que l'objectif général de la dépolitisation, moi, je le partage mais de façon, je dirais, mitigée en m'assurant toujours qu'il y ait en tout temps l'imputabilité finale et la reddition de comptes de l'élu. Donc, comment est-ce qu'on fait cette barrière entre les deux rôles, là, que le Commissaire ne devienne pas une sorte de gouvernement ou de ministre de la Santé parallèle?

M. Senikas (André): ...il devient un personnage qui est rattaché à l'assemblée générale. C'est une façon de le faire. L'impartialité et la transparence sont de rigueur, on doit les avoir, c'est certain. Le réseau de la santé accapare tellement les budgets, et ça augmente de façon faramineuse, je n'ai pas besoin de vous le souligner, vous le savez mieux que moi. On a besoin de changer notre façon de regarder les choses, on a besoin de sortir de l'enveloppe puis de regarder les choses d'une façon nouvelle et d'essayer de nouvelles choses. Veux veux pas, on est obligés de le faire.

Et un des problèmes auxquels tout le monde fait face, c'est l'accessibilité et les questions d'éthique, etc., toutes ces affaires-là. Je veux dire, il y a même le cas devant la Cour suprême, là, Zeliotis et Chaoulli, qui s'en vient, et qui... on devrait avoir une réponse d'ici un an. Même là, les enjeux, est-ce qu'on va créer un système parallèle privé? Est-ce que la Cour suprême va obliger les gouvernements

provinciaux de donner des garanties de soins dans les délais d'accessibilité? Toutes ces affaires-là ne dépendent pas nécessairement de nous autres. Ça dépend de toute la structure législative dans laquelle on se trouve, tant du côté provincial que du côté fédéral. De donner une réponse simple à ça? Il n'y en a pas, de réponse simple. Je pense que la réponse demeure dans l'évolution dans le débat et l'évolution dans les modifications qu'on apporte au réseau de la santé. Et des affaires comme le Commissaire de la santé, c'en est une. Mais, je pense, on doit peut-être réduire le mandat et rendre le mandat très clair en termes de ces responsabilités et le rôle et ne pas inclure trop... et trop rattacher des choses trop disparates. À ce moment-là, on va perdre l'objectif.

M. Couillard: Parlons un peu d'accessibilité, puisque c'est également ce dont se plaignent nos concitoyens le plus, non seulement... non pas tellement de la qualité des soins reçus que de l'accessibilité aux soins. Qu'on pense au médecin de famille ou qu'on pense à la salle d'urgence, à la radio-oncologie, à la chirurgie, c'est toujours le même thème qui revient, le thème de l'accessibilité. Et là vous avez mentionné le cas Chaoulli, dont la Cour suprême se saisit actuellement et qui pourrait avoir effectivement un impact considérable sur les systèmes canadiens. Mais, d'ici là...

Vous avez également mentionné la possibilité que les délais soient inscrits quelque part dans la législation, l'obligation de traiter les gens dans des délais définis ou pas, là, soit quelque part inscrite dans la législation. Or, j'exprime, là, j'indiquais l'autre jour à des groupes qui vous ont précédés le parallèle entre la Grande-Bretagne, où ceci a été fait en 1992, où on a écrit dans la charte, dans le texte législatif les garanties d'accès aux services à l'intérieur de délais acceptables, et 10 ans plus tard une étude montre que ça n'a eu aucun impact en fait, malgré les recours en justice des citoyens, etc., et que la seule chose qui a vraiment eu un impact sur l'accessibilité, ce sont finalement les mesures administratives, les injections de fonds bien ciblées et finalement la volonté politique de véritablement s'attaquer à ce problème. Est-ce que donc l'inscription, dans un texte législatif, de garanties d'accès est une garantie en soi que ceci va être respecté, compte tenu de l'expérience internationale?

M. Senikas (André): On le fait déjà, et l'Angleterre, ils le font déjà. Je veux dire, il y a des cas en Angleterre où est-ce que les gens n'avaient pas accès... Par exemple, il y a un cas qui n'avait pas accès à un pontage aortocoronarien. Parce qu'il n'avait pas accès, il a été le faire à Bruxelles, et il a exigé que le gouvernement de l'Angleterre, le gouvernement britannique paie pour... puis ça a été devant la Commission européenne parlementaire, puis ça a passé, et c'est le genre de choses... Et, nous, on le fait, je veux dire, on l'a fait en termes... dans les cas de radio-oncologie, des cancers du sein qu'on envoyait à Plattsburgh, Burlington, et autres. On l'a fait, c'était notre porte de secours, c'était notre «safety valve», au fond, envoyer les gens...

● (10 h 10) ●

Ce qui s'appelle les garanties de soins, je ne sais pas comment la Cour suprême va aborder cette question-là, mais c'est certainement... Les gens exigent de plus en plus des délais minimaux dans l'accès à des soins de qualité. Qui va fixer les délais? Quels vont être les délais? Ça va être une problématique éthique, ça va être une problématique

scientifique, académique, mais c'est certain qu'on a besoin d'une certaine porte de secours. Est-ce qu'ils vont dire que les garanties de soins vont être basées sur le fait qu'on va exporter les patients quand on ne peut pas faire face à certaines situations? On l'a déjà fait dans le passé, je ne vois pas pourquoi on ne le ferait pas dans le futur. Est-ce qu'on va le faire entre provinces? Est-ce qu'on va le faire entre le Québec et les États-Unis? Est-ce qu'on va mettre sur pied une autre mesure à l'intérieur de notre province par laquelle on peut combler certains de ces besoins quand ça déborde?

La seule façon qu'on règle le problème maintenant, c'est: on met les gens dans le corridor, littéralement, le corridor ou la salle d'attente, les salles d'attente dans les salles d'urgence, les salles d'attente dans mon bureau. Cet après-midi, je vais faire du bureau. Tu sais, ça commence à être ridicule. J'ai travaillé à l'urgence lundi soir, et les gens me disaient qu'ils se sont inscrits à 10 heures le soir puis, moi, je les recevais à 6 heures le soir... Je veux dire... Bien, je n'ai pas de réponse à ça.

M. Couillard: Et évidemment...

M. Senikas (André): Je veux dire, c'est tellement multifactoriel... Le réseau de la santé est tellement large, est tellement réseauté à la verticale, tu sais, je veux dire... c'est une grosse bête.

M. Couillard: Inscrit au cœur de tout ça, chez nous, c'est le problème de pénurie d'effectifs, hein, qui est en fait la limitation majeure ou une des limitations majeures qu'on a actuellement, et vous citez le parallèle de la radio-oncologie, il y a quelques années, lorsqu'on a envoyé des patients... où on a acheté des services finalement aux États-Unis, en fait entérinant ainsi le principe d'acheter, en passant, des systèmes... des services privés dans le but d'améliorer l'accessibilité.

Je mentionne ça au passage, là, de sorte qu'on ne me dise pas qu'il s'agit d'un aspect dogmatique de l'attitude qu'on peut avoir vis-à-vis le système de santé, puisqu'on l'a fait dans le passé. On a jugé qu'un certain degré d'attente était inacceptable et qu'il fallait, pour le corriger, acheter des services à l'entreprise privée, et c'est ce qui a été fait par le précédent gouvernement, là, avec la radio-oncologie.

Au Québec, je pense qu'on devrait d'abord s'attarder à bien coordonner nos activités entre nous, parce qu'on constate qu'entre les différents centres il y a des grosses différences d'accessibilité, et les autres modalités par la suite peuvent être définies. La différence avec la Grande-Bretagne, c'est qu'ils ont un système privé parallèle, avec un système européen également qui est accessible, où les gens peuvent facilement se rendre pour obtenir des soins et ensuite se faire rembourser par l'État. Au Québec, on n'a pas ce genre de possibilité là puis on ne le veut pas non plus nécessairement. Alors, la situation est entièrement différente. Et également le fait qu'on a à composer avec une pénurie de main-d'oeuvre. Alors, si on favorise ce genre de système là, qu'on enlève la main-d'oeuvre médicale dans le réseau public pour favoriser ce système-là, bien on n'aura pas rien gagné en bout de ligne.

M. Senikas (André): Il y a un autre problème. Je veux dire, moi, j'ai une patiente qui avait un cancer du sein, qui avait besoin de la radiothérapie puis elle a refusé carrément d'aller à Plattsburgh. Je lui ai demandé pourquoi.

Bien, elle m'a dit: Je ne parle pas anglais, je me sens complètement dépay­sée, je me sens... Et elle n'avait pas de famille pour l'accompagner. Alors, elle a refusé. Cette dame-là a refusé. Un cancer du sein qui avait besoin de la radiothérapie, j'ai trouvé ça lamentable. Alors, on a travaillé mains et pieds pour l'accommoder d'une autre façon. Alors, on a un problème également de cet ordre-là. Je veux dire, quand on aura un excédent, quand on aura des problèmes d'accessibilité, où est-ce qu'on les envoie? De quelle façon on va faire face à ça? On n'a pas les mêmes enjeux, on n'a pas les mêmes facilités que le restant du Canada à cet égard-là. Je suis complètement d'accord avec vous.

M. Couillard: Quoiqu'en radio-oncologie actuellement, à Trois-Rivières et à l'Hôtel-Dieu de Québec, il n'y a aucune attente hors-délai, alors certainement que c'est plus facile pour un patient québécois d'aller à Trois-Rivières ou à Québec qu'à Plattsburgh, là.

M. Senikas (André): Par contre, quand tu demandes à un patient de Saint-Jean-sur-Richelieu de se rendre à Trois-Rivières, là, ça prend une demi-heure de le convaincre et... Et surtout quand tu es face à une personne de 84 ans, qui n'a pas de parenté, qui ne conduit pas son automobile... Qu'est-ce qu'on fait? Je veux dire, c'est des problèmes encore pratiques qui ne sont pas faciles à aborder pour les gens qui travaillent avec ces cas-là. Je comprends bien, sur papier, ça paraît bien, mais, quand tu viens, dans le côté pratique, organiser l'accessibilité des soins dans ces circonstances-là, c'est un autre ordre de problèmes.

Et l'autre chose, je dois dire, déjà on fait... on augmente... on change l'accessibilité. L'exemple de ça, c'est la CSST et la SAAQ. La Société de l'assurance automobile du Québec, quand ils ont besoin de services rapides, ils coupent les... ils achètent des services dans le privé. Alors, l'accessibilité de leur clientèle... le gars qui a un accident de travail, la personne qui a un accident d'auto, ils ont plus d'accès, un accès plus rapide à certains services diagnostics et certains services de traitement et de réhabilitation que le patient qui se trouve dans le réseau de la santé géré de la RAMQ.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci. Maintenant, Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette.

Mme Harel: Alors, merci, Mme la Présidente. Dr Senikas et Dr Ouellet, au nom de l'opposition, bienvenue. Je vous écoutais échanger avec le ministre et je me disais combien le point de vue exprimé par l'Association médicale du Québec est toujours très équilibré. Ça a été ma constatation lors de la commission parlementaire qui s'est déroulée avant Noël sur le projet de loi n° 25 et c'est encore la constatation que je peux faire ce matin. C'est sans doute votre expérience qui vous permet de transmettre ce point de vue empirique, et je dois vous dire que... tout de suite rassurer le ministre, ce n'est pas, comme il le disait tantôt, d'écouter trop les médecins — je crois qu'il n'écoute pas plus leurs porte-parole que les porte-parole de groupes sociaux ou autres — c'est d'écouter trop les médecins qui l'entourent. Alors ça, c'est une autre chose. Enfin, ceux des médecins qui l'entourent d'ailleurs, qui portent un nom, hein? Vous savez sans doute qu'il y a un qualificatif maintenant qui circule à travers le Québec pour désigner cette équipe de Sherbrooke qui est aux commandes au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Alors, vous, vous introduisez — avec une certaine sévérité, vous le dites vous-même, alors dans le fond je cite votre mémoire — mais vous introduisez la nécessité de clarifier les fonctions, clarifier la fonction conseil de la fonction évaluation, hein? Je crois que tout votre mémoire repose... nonobstant le reste, qui est important, là, mais c'est vraiment le point de départ: d'abord, clarifier les fonctions et faire en sorte que les fonctions conseil demeurent, c'est-à-dire que ces fonctions conseil, assumées depuis presque 13 ans maintenant... C'est en 1991, hein, que la loi avait été adoptée, à l'époque où Marc-Yvan Côté était ministre de la Santé. Donc, fonctions conseil qui continueraient d'être assumées par le Conseil santé et bien-être et par le Conseil médical du Québec, et fonctions évaluation des résultats, enquêtes éventuellement, et autres, là, qui ressortiraient, si vous voulez, du mandat du Commissaire. C'est ça qu'il faut comprendre, l'essentiel de votre mémoire?

Alors donc, cette fonction évaluation que vous considérez nécessaire, cette fonction évaluation et appréciation, si vous voulez, là, des résultats, vous dites: Pour qu'elle s'exerce avec une perception d'impartialité, il faut que cette fonction soit exercée par une personne qui va... dont le mandat va relever de l'Assemblée nationale. C'est ça également qu'il faut comprendre, hein?

Une voix: Oui, madame.

Mme Harel: Donc, quand vous nous parlez de dépolitisation — vous en parlez dans votre mémoire également, là, en faisant référence au mémoire que vous avez présenté devant la commission Clair, n'est-ce pas — dans le fond, ce à quoi vous faites référence, c'est aussi à une perception. Est-ce que je me trompe? Il faut qu'il y ait — hors les personnes, qui peuvent avoir les meilleures intentions du monde, là — mais il faut qu'il y ait une perception, dans la population, que les décisions qui sont prises ne sont pas prises pour des raisons politiques. C'est ça, dans le fond, quand vous parlez de dépolitiser? Vous alliez plus loin. Vous alliez vers un Hydro-Québec santé, c'est ça?

● (10 h 20) ●

M. Senikas (André): Bien, je dois dire, on a utilisé l'idée d'Hydro-Québec parce qu'Hydro-Québec, quand même, c'est une institution qui marche assez bien, qui est considérée comme un bijou par le restant du Canada, et de l'Amérique du Nord, et même dans le monde. Ça gère bien l'énergie électrique au Québec. Je pense que le réseau de santé a besoin d'une stabilité, une stabilité dans le financement à court et long terme, une stabilité dans les structures, une stabilité dans l'évolution des structures au travers des années. Et, pour ce faire, on a besoin aussi de méthodes d'analyse, une boîte à outils qui nous permettra de mesurer qu'est-ce qu'on fait, de quelle façon on le fait, à quel coût on le fait, qu'est-ce qu'on doit changer. Et ça doit être fait et évalué d'une façon annuelle et non pas à chaque fois qu'on a un changement de gouvernement.

Vous le savez, au travers des dernières années, je ne sais pas combien de ministres de la Santé ont passé dans le réseau de la santé. Il y en a un paquet, un grand nombre de personnes. Et, chaque fois que les gens arrivent, on est obligés, en termes de gens à la base, de s'ajuster, s'ajuster aux perceptions des gens qui sont là, des changements qu'ils veulent apporter. Et le réseau de la santé, c'est un peu comme un énorme supertanker. Je veux dire, quand tu veux changer le cap, là, ça prend du temps avant que ça vire... quand tu

veux le changer dans une autre direction, ça prend du temps à virer. Ça fait que c'est très dur et très onéreux pour nous autres puis c'est très dur de s'ajuster toujours à ce changement constant encore des voix politiques.

Ça fait que, oui, c'est certain que les élus... il y a une imputabilité des élus. Les élus sont responsables du réseau de la santé, oui. Ils ont besoin peut-être d'un autre palier qui leur permettrait de mieux stabiliser la façon que le système est géré, et la façon que le système est financé, et la façon qu'on peut apporter des changements de structure sans toujours perturber les gens. Les gens recherchent cette stabilité-là.

Et encore sur le niveau... pas seulement sur le niveau provincial, mais le financement fédéral, je veux dire, les coupures au niveau fédéral nous ont créé des désastres. Ils ont tout dumpé sur les provinces, là, et les provinces sont rendues avec des problèmes de déficit importants. Alors, ces chicanes-là aussi, on aimerait bien que ça se termine puis qu'on ait une source de financement stable et une façon de procéder qui demeure stable.

Mme Harel: Dr Senikas, au moment où on se parle, au salon bleu, à l'Assemblée nationale, il y a une motion sur le déséquilibre fiscal, n'est-ce pas, et je sais que — je pense — tous les partis politiques ont déjà, à l'unanimité, dans des forums précédents — mais vont devoir le renouveler, je pense, aujourd'hui, notamment avant le budget fédéral de la semaine prochaine, là... mais ont déjà exprimé, hein, leur vive inquiétude et la nécessité de corriger ce déséquilibre fiscal. Dans la stabilité, il y a cet élément important.

Voyez, par exemple, actuellement, le gouvernement du Québec a bénéficié de l'entente fédérale-provinciale intervenue en février donc 2003, il y a un an, mais l'an prochain, c'est la dernière année, n'est-ce pas, de cette entente. Peut-être voudront-ils même utiliser à l'avance, comme ils l'ont fait l'an passé... Ils ont utilisé à l'avance le fonds du 1er avril prochain. Là, il faut qu'ils le remboursent, mais peut-être prendront-ils l'argent de la troisième année pour rembourser la deuxième. Mais il y a un peu de fuite en avant, comme on le sait, en fait comme on constate. Mais, après cette troisième année, c'est le précipice, hein? Il n'y a finalement plus rien. Comment imaginer un système de cette envergure-là qui ne sait pas un an d'avance en fait ce qu'il adviendra de la contribution, disons, fédérale? C'est une contribution à partir de l'argent des Québécois évidemment, là, mais c'est la contribution, on le constate bien avec la démonstration de ce déséquilibre fiscal.

Donc, stabilité. Bon. Comme c'est... Je ne voudrais pas revenir sur la question, là, d'un organisme complètement indépendant, pour la bonne raison... Je suis certaine que ça part d'un bon vouloir, là, quand vous l'exprimez, mais ça pourrait donner des effets pervers, parce que personne n'est à l'abri non plus des bureaucraties, y compris en parallèle au gouvernement. Alors, je crois que l'imputabilité puis la reddition de comptes, il faut qu'elles soient publiques. Et en quelque part on n'a pas trouvé de meilleur système que la démocratie pour s'assurer qu'il y ait une reddition de comptes puis une imputabilité.

Ceci dit, puisque le projet de loi qui est étudié est un projet de loi qui crée un commissaire à la santé et puis qu'on nous avait annoncé que ce Commissaire aurait toutes les conditions réunies pour que son action soit perçue comme impartiale et indépendante, il est évident que des modifications doivent être apportées au projet de loi pour s'en assurer.

Et moi, je voudrais profiter de votre présence pour reparler du Conseil médical, parce que, à dire vrai, depuis une semaine, là, c'est la première occasion qu'on a d'en parler. Le Conseil médical... À la page 13 de votre mémoire, vous nous rappelez les obligations — 13 et 14 — les obligations que la loi fait au ministre de consulter le Conseil médical, alors: obligation de le consulter sur l'organisation clinique des services dans les établissements, obligation de le consulter sur les inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale et obligation de le consulter sur la répartition des effectifs médicaux. Alors, vous semble-t-il, à la lecture du projet de loi n° 38, que ces obligations faites au conseil se retrouvent en quelque part dans le nouveau projet de loi?

M. Senikas (André): Oui, ou quelque chose de semblable, mais on ne le trouve pas présentement, et on ne sait pas de quelle façon on peut apporter des arguments, on peut apporter quelque chose à la discussion, au débat sur le réseau de la santé, et on n'est pas certains, si le Conseil médical du Québec va être incorporé ou englobé par le Commissaire de la santé, quel est notre rôle. Est-ce qu'on va continuer à faire la même chose qu'on a faite avant? Est-ce qu'on va le faire d'une autre façon? On ne le sait pas. Vous avez tout à fait raison.

Mme Harel: Alors donc, vous nous dites, comme vous le faites d'ailleurs dans votre mémoire à la page 14: Comment est-ce que... Vous posez la question, parce que vous n'avez pas de réponse dans le projet de loi n° 38, sur la façon dont les médecins auront voix au chapitre, n'est-ce pas? Je pense que c'est le premier élément. Mais le deuxième, c'est qu'il y avait des obligations qui étaient faites au ministre de consulter, et ces obligations-là, je ne crois pas qu'on les retrouve dans le projet de loi n° 38.

M. Senikas (André): Non.

Mme Harel: Donc, il y a un recul.

M. Senikas (André): Parce qu'on peut créer... Excusez-moi.

Mme Harel: Non, allez-y.

M. Senikas (André): On peut créer un conseil médical du Québec, mais on peut ne pas le consulter. Je veux dire, on peut le laisser là dormant et, je veux dire, c'est là sur papier, ça paraît bien, etc., mais, je veux dire, pour toutes fins existantes, c'est dormant et c'est inefficace. Alors, il faut trouver un mécanisme par lequel il sera consulté de façon régulière et ponctuelle.

Mme Harel: Alors donc, dans le fond, ce que vous dites, c'est: Gardons le mécanisme qu'on connaît parce qu'il a rendu de bons services.

M. Senikas (André): Oui. Puis il peut rendre encore des meilleurs services si on l'utilise de façon appropriée. Tout à fait.

Et pour revenir sur votre question sur le fédéral en termes de financement, que je connais très bien, et ses enjeux, et les problèmes qu'on a avec ça, non seulement ça, le problème qu'on a avec le fédéral, c'est bien souvent: il

dépense les impôts des citoyens du Québec en dupliquant des choses qu'on fait déjà au Québec, et ça, c'est complètement inacceptable. Et, je pense, c'est à vous autres, comme élus, de régler ce problème-là, mais c'est vraiment un gros problème. C'est la duplication des dépenses en matière de santé du côté fédéral et provincial. Ça n'a aucun sens. C'est une dépense d'argent, c'est garrocher l'argent dans l'air.

Mme Harel: C'est vrai. Parce que le ministre invoque souvent la pénurie d'effectifs, mais on connaît tous certainement des dizaines de médecins qui seraient prêts, disons, à faire en sorte qu'ils puissent diminuer des listes d'attente dans à peu près tous les secteurs si les blocs opératoires étaient disponibles. Alors, il y a des salles d'opération qui sont fermées, il y a des blocs opératoires qui ne sont pas en opération. Je regardais, juste à Montréal, McGill, la semaine passée, ils ont fermé pendant la semaine de relâche et ils disent que c'était pour économiser 1 million de dollars, principalement, la raison qu'ils ont invoquée. Alors, c'est évident que ce n'était pas une pénurie d'effectifs, là. C'étaient des salles d'opération et des blocs opératoires qui sont fermés. Cette pénurie...

Je lisais l'échange qui a eu lieu entre le ministre de l'Éducation et le président de la Fédération des médecins spécialistes, le Dr Dugré, la semaine dernière, en commission parlementaire sur l'éducation. C'est absolument passionnant de lire cet historique qu'a fait le Dr Dugré, depuis le début des années quatre-vingt-dix, de tous ces experts... 1991, 1992 — parce que c'est en 1991 que la diminution, n'est-ce pas, a commencé — en 1992, 1993, 1994, à l'époque de M. Bourassa, puis c'est en 1998 qu'il y a eu augmentation petit à petit, là, mais assez substantielle, là, des effectifs d'inscrits, des inscriptions dans les facultés.

● (10 h 30) ●

Alors, on voit qu'il y avait ici, au Québec, comme ailleurs, dans les autres provinces canadiennes, il y avait donc... et chez des experts qui sont encore consultés... Je pense à SECOR, qui avait rendu public un rapport disant qu'il y avait trop d'infirmières. Trop d'infirmières! Vous rendez-vous compte? C'était en 1995, ça, je crois, le rapport SECOR. Alors, qu'il fallait diminuer les cohortes d'infirmières. Alors, vous voyez que ça, c'est un peu comme les actuelles au moment de la création de la Régie des rentes du Québec, en 1966, qui avaient prévu qu'on serait 14 millions, n'est-ce pas, 30 ans plus tard, et qu'il y aurait 320 000 naissances par année, comme quoi ces sciences-là, c'est des sciences, n'est-ce pas, qui, sous prétexte d'être exactes, nous amènent dans le dalot.

Alors donc... Mais il est certain que votre mémoire, je trouve en tout cas, pose le problème, et ce problème donc qui est celui d'une fonction conseil, et je pense qu'il reste entier, mais je suis certaine que le ministre va certainement y remédier pour s'assurer que cette fonction conseil va continuer d'être exercée par la profession médicale.

M. Senikas (André): Tout à fait. Je n'ai rien d'autre à ajouter, vous l'avez tellement bien dit.

Mme Harel: Moi aussi, j'ai confiance, au moins après la journée qu'on aura passée aujourd'hui parce que tout le monde va nous parler de ça.

M. Senikas (André): Oui, oui, je suis certain que la majorité des gens vont dire la même chose, puis vous

allez l'entendre répéter fois après fois après fois, et je pense que... Vous allez être peut-être tannés de l'entendre, mais le message va être clair.

Mme Harel: Est-ce qu'il me reste encore quelques minutes?

Une voix: ...

Mme Harel: Quelques minutes? Vous voyez, je pense que ça pose des problèmes éthiques. Le ministre a parlé des problèmes éthiques. Hier, une collègue me rapportait que, dans la journée, il y a une personne, un patient qui est, depuis six semaines, dans un centre hospitalier, à Trois-Rivières, qui attend un défibrillateur, qui l'appelait, bon, pour lui transmettre son sentiment d'urgence. Et évidemment la question aussi, c'est de savoir... Bon, les défibrillateurs, ça va reprendre après le 1er avril, parce que, là, on est dans la fin de l'exercice financier, il y a un genre de moratoire qui est émis depuis deux mois, puis là, en avril, avec le nouvel exercice financier, sans doute dans les hôpitaux qui avaient des déficits, c'est là où finalement la pédale a été mise, la pédale d'arrêt.

Mais la question, c'est: Combien coûtent six semaines d'attente dans un hôpital en comparaison avec la pose d'un défibrillateur? C'est ça qu'on attend d'un commissaire aussi, là, hein, qu'il nous donne ces indications-là. Je ne sais pas si c'est ce que vous attendez, si votre attente est à cet effet-là aussi.

La Présidente (Mme Charlebois): Brièvement, Dr Senikas.

M. Senikas (André): Pardon?

La Présidente (Mme Charlebois): Brièvement, parce que je dois donner la parole...

M. Senikas (André): O.K. Tout à fait, oui, tout à fait. On a besoin des rapports de l'état du réseau de la santé sur le plan opérationnel, de quelle façon ça affecte directement la qualité des soins qui sont donnés aux patients, et notamment sur l'accessibilité à des soins sur le plan technologique, tout à fait.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Beauce-Nord.

M. Grondin: Merci, Mme la Présidente. Moi, là, j'aimerais que... je ne sais pas, vous poser une question. Si on enlevait toute la partisanerie politique, là, si on s'assait tous, les... Parce qu'on sait que la santé, le ministère de la Santé, c'est un ministère qui occupe, comme on disait, 42 % du budget de la province. On sait très bien qu'avec le vieillissement de la population, d'ici 10 ans, ça va être rendu peut-être à 50 % du budget. Je crois qu'il y a un exercice à faire pour trouver des solutions. Souvent, chaque gouvernement qui passe essaie de faire ses marques. Est-ce que c'est la bonne méthode? Je ne le sais pas, là. Mais, si on enlevait la partisanerie politique puis on disait: On va essayer de trouver une solution à long terme pour la santé au Québec... On a peut-être des outils.

Nous, on disait: Il faudrait peut-être utiliser plus les cliniques privées pour dégager des pistes, dégager les listes

d'attente, parce qu'on sait que, de plus en plus, elles vont être plus... ça va être encore plus énorme, les listes d'attente, avec le vieillissement de la population. Est-ce que, vous, la solution d'aller vers le privé, est-ce que c'est une... même si c'est le public qui paie, là, dans un délai... Mettons que, si le public dit: En trois mois, on n'est pas capable de te soigner, on va t'envoyer dans le privé puis on va payer, ou... Je vous lance ça comme idée. Mais est-ce que ça ne pourrait pas être une solution?

Parce qu'on sait très bien qu'aujourd'hui le ministère de la Santé, c'est à peu près comme, je dirais, moi... on pourrait comparer ça au Titanic, il s'enlève sur le glacier, puis, le bateau, il est trop gros pour dévier de sa course, il va le frapper, le glacier. Alors, c'est une grosse machine difficile à contrôler. On peut faire des lois, mais ça prend deux, trois ans avant qu'elles soient rendues en force puis qu'elles soient rendues dans la santé directement. Ça reste toujours en haut, ça ne descend jamais en bas.

Moi, je pense que, si, demain matin, on s'assoit tout le monde ensemble puis avoir de la bonne volonté, on pourrait trouver des solutions. Est-ce que, vous, vous pensez que j'ai raison de penser de même ou si j'ai tort?

La Présidente (Mme Charlebois): Dr Senikas.

M. Senikas (André): Merci, Mme la Présidente. L'Association médicale du Québec croit que... Quand on parle de privatisation, là, nous, on est en faveur d'un financement public, l'universalité des soins. Je veux dire, aucun citoyen du Québec ne doit avoir une entrave d'argent pour avoir un accès au réseau de la santé.

Quand on parle de privatisation des prestations de santé, c'est un autre enjeu. On peut peut-être prendre l'exemple de la France, la France a des politiques en matière sociale qui sont très en avant de beaucoup de monde. Eux, ils utilisent... ils ont des hôpitaux... ils ont trois sortes d'hôpitaux. Il y a des hôpitaux qui sont publics, financés publiquement, il y a des hôpitaux qui sont à but non lucratif et ils ont les hôpitaux privés, c'est-à-dire privés à but non lucratif, puis ils ont des hôpitaux privés à but profitable. Mais le citoyen français, s'il a besoin d'une prothèse de la hanche, il peut choisir un de ces trois hôpitaux-là, puis ça va être payé par l'État. Les Français travaillent de cette façon-là puis ils sont confortables avec ça.

C'est des enjeux et des choix de société, puis c'est des choses auxquelles vous, en tant qu'élus... c'est à vous de faire ces choix-là. Et c'est la population qui vous... qui fait l'élection de ses élus, qui décide de cette manière-là, c'est comme ça que la démocratie marche au Québec. Alors, c'est certain qu'on doit faire le débat de ces genres de choses là. C'est certain qu'on doit regarder une autre façon de faire, on doit sortir de l'enveloppe, parce que, les dernières 30 années, on fait les mêmes choses. Plus ça change, plus c'est pareil. Mais on n'est pas pour et on ne pense pas, nous autres, l'AMQ, qu'un système parallèle privé va être la solution. Non. Est-ce que ça va aider? Je pense que non, puis je ne pense pas qu'on a les ressources pour y faire face. On a un problème de déficit des ressources humaines majeur. Les médecins et... pas juste les médecins, les professionnels de la santé vieillissent plus vite que la population en général. Alors, vous allez voir un problème là d'effectifs avant que vous allez voir un problème démographique chez la population.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Dr Senikas et Dr Ouellet. Maintenant, j'inviterais

l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale de bien vouloir s'approcher.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Charlebois): Alors, bonjour, M. Plourde. Vous connaissez probablement les procédures parlementaires. Vous avez 20 minutes pour présenter votre mémoire, et ça va être suivi d'une période d'échange avec les parlementaires. Est-ce que vous auriez l'amabilité de nous présenter les gens qui vous accompagnent?

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)

Mme Provencher (Doris): Je vais me présenter, Doris Provencher, coordonnatrice de l'AGIDD-SMQ — on va faire plus court.

Mme Brouillard (Denise): Denise Brouillard, membre d'un groupe membre de l'AGIDD. Je viens des Laurentides, d'un groupe de défense des droits en santé mentale.

● (10 h 40) ●

M. Plourde (Guy): Guy Plourde, président de l'AGIDD.

Fondée en 1990, l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, l'AGIDD-SMQ, regroupe 34 organismes répartis dans toutes les régions du Québec: groupes d'aide et d'accompagnement en défense de droits, groupes de promotion-vigilance et comités d'usagers d'établissements de santé. L'AGIDD se donne pour mission de lutter pour la reconnaissance et l'exercice, pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, des droits de tout citoyen et de toute citoyenne à part entière, c'est-à-dire le droit fondé sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité.

Administrés majoritairement par des personnes directement concernées, les groupes de promotion et de défense de droits se mettent au service des personnes qui, ayant un problème de santé mentale, ont besoin d'appui pour exercer leurs droits. Ces groupes d'intervention... également au niveau systématique, c'est-à-dire pour remettre en cause des règlements, des politiques ou des organisations de services de santé mentale. Ces groupes visent à accroître la compétence des personnes à défendre leurs droits par elles-mêmes et à favoriser l'accès et l'utilisation des ressources existantes.

Nous sommes très préoccupés par la participation et l'implication des personnes utilisatrices des services dans les lieux de concertation concernant l'organisation des services. Nous avons endossé sans réserve le principe moteur du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, soit l'appropriation du pouvoir de la personne. Il faut entendre ce principe à toutes les sphères de la société. Il est ici question d'autonomie, de participation des personnes aux décisions qui les concernent, de représentativité des volontés de la population et même d'adhésion à une démarche qui nous interpelle tous.

Pour l'AGIDD-SMQ, il est primordial de préserver le principe qui est guidé par la mise sur pied d'un système public de santé et de services sociaux du Québec, et ce, particulièrement en ces temps plus difficiles. Les élus

doivent être particulièrement vigilants pour la sauvegarde des valeurs créées au Québec et... aux Québécoises et aux Québécois et pour être et... être écoutés de la population, et ce, afin de permettre un sain et véritable débat démocratique sur cette question.

Nous remercions la Commission des affaires sociales de recevoir nos commentaires et réactions concernant le projet de loi n° 38, Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être. Notre expertise et nos expériences terrain permettront d'ajouter au débat actuel la perception des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

Mme Brouillard (Denise): Quand on a réfléchi, l'association, sur le rôle de la Commissaire à la santé et au bien-être, quand on a regardé tout ça, on s'est dit: Oui, c'est sûr qu'elle pourrait aider à renforcer notre système de santé publique, et c'est un rôle essentiel, elle pourrait combler des lacunes qu'on voit. On se disait, par exemple, il y a des valeurs de base pour lesquelles, pour l'association, notre expertise en santé mentale en accompagnant les personnes nous le confirme... il y a des valeurs de base qui doivent être... du début à la fin, accompagner le Commissaire à la santé et au bien-être. Ces valeurs de base là, pour nous, c'est l'indépendance dans sa fonction face au gouvernement. C'est aussi la participation citoyenne — la participation citoyenne, on va revenir plus loin pour expliquer comment on la voit. C'est aussi toute la question de la promotion, la protection et la défense des droits des citoyens et des citoyennes, protection tant au niveau individuel que collectif. Et c'est d'avoir une vision globale de la santé, une vision qui n'est pas seulement médicale ou curative, mais vraiment une vision large de la santé. Ces valeurs-là, pour nous autres, elles sont incontournables et, si elles ne traversent pas le projet de loi, à ce moment-là, je pense qu'on peut manquer le bateau. Et comme la santé, c'est le bien le plus précieux qu'on a comme société et c'est une valeur qu'on s'y rattache tous, je pense que c'est important de vraiment préserver ces valeurs-là.

Donc, au niveau de l'indépendance, on pensait qu'elle serait... que le Commissaire se rattacherait à l'Assemblée nationale. On a été surpris de voir dans le projet de loi qu'il était redevable au ministre. C'est important que, pour la population, le Commissaire ait toute la crédibilité voulue. À partir de ce moment-là, si on veut vraiment qu'il joue son rôle, qu'il soit reconnu par la population comme quelqu'un de crédible, quelqu'un qui est là pour lui, pour donner des orientations, mais qu'il ait aussi des grandes oreilles et qui ne fait pas... tu sais, il ne fait pas juste donner de l'information, mais qui va chercher qu'est-ce que la population pense, il me semble que son indépendance est essentielle. Au-delà de ça, nous autres, on pense qu'à ce moment-là il va peut-être être vu comme un super sous-ministre, il ne sera pas vu dans l'ampleur de la fonction que le gouvernement veut lui donner. On pense qu'il a un rôle de vigilance, et on insiste sur le rôle de vigilance. On sait comment c'est névralgique, la question de la santé. Donc, toute la question de la vigilance est importante, et l'indépendance aiderait à jouer pleinement ce rôle de vigilance là.

Donc, notre première recommandation va dans le sens que le Commissaire à la santé doit relever directement de l'Assemblée nationale afin d'assurer l'indépendance due à sa charge, cette charge de pouvoir exercer son rôle librement et avec toute l'autorité morale requise par sa fonction.

Notre deuxième préoccupation, c'est la participation citoyenne. On l'a expérimentée, la participation citoyenne, dans les régions. On l'a expérimentée à différents niveaux: au niveau de comités de travail; on peut parler, au niveau de la santé mentale, au niveau des régies régionales. C'est tout un apport quand les gens s'impliquent directement; ils ne voient plus la santé de la même façon, et c'est important de préserver cette implication-là de la population. Donc, en regardant le projet de loi n° 38, parce qu'on avait à coeur que cette participation citoyenne là soit préservée, on ne la retrouvait pas comme on voulait, parce qu'on parlait plus d'information, mais on ne parlait pas de participation à ce titre-là.

En plus de ça, qu'est-ce qui nous inquiète, c'est l'abolition du Conseil de la santé et du bien-être, conseil qui était formé et qui avait 23 personnes, là, à son conseil d'administration. Pour nous, le Commissaire à la santé et au bien-être et le Conseil de la santé et du bien-être ne sont pas en contradiction. Ils pourraient collaborer ensemble avec un rôle différent. Et c'est toute la question aussi de la vision de la santé, une vision plus sociale, qui nous semble à préserver aussi. Et c'est pour ça qu'on demande le maintien du Conseil de la santé et du bien-être dans son fonctionnement actuel et qu'il travaille en étroite collaboration avec le Commissaire à la santé et au bien-être.

On a vu, nous autres, au niveau de la défense des droits, une tendance biologisante au niveau de la santé. On peut dire, on a vu une psychiatisation des problèmes sociaux. Il y a des personnes qui... On pourrait donner des exemples, au niveau des étapes de vie de femmes qui ont été psychiatisées, la ménopause, etc. La pauvreté, ce n'est pas une maladie, sauf que la pauvreté peut causer beaucoup de détresse, la pauvreté peut engendrer d'autres problèmes. C'est important d'avoir une vision large de la santé. C'est important aussi que les gens qui vivent, qui sont confrontés à ces difficultés-là puissent éclairer... Ils ne vivent pas juste des difficultés, il y a des solutions aussi, puis c'est important d'avoir des solutions collées sur le terrain.

Dans ce sens-là, notre troisième recommandation, c'est que la structure de fonctionnement du Commissaire à la santé et au bien-être doit inclure la participation citoyenne afin d'encadrer son champ d'action. Puis on a essayé d'imaginer comment pourrait être cette structure-là, comment on pourrait mieux encadrer le Commissaire à la santé et au bien-être. On s'est dit: Ça pourrait être un conseil d'administration avec des élus qui proviennent de différents champs au niveau de la santé et des services sociaux et qui donnent un éclairage terrain. Parce que je pense que, pour qu'elle joue son rôle, il faut qu'elle connaisse comme il faut qu'est-ce qui se passe un peu partout au Québec. C'est tout pour ma partie.

● (10 h 50) ●

Mme Provencher (Doris): Alors, par rapport à la promotion, la protection et la défense des droits, nous, on pense que l'instauration d'un commissaire à la santé et au bien-être, c'est une excellente occasion aussi d'améliorer tout le système qui existe actuellement au niveau de la santé et des services sociaux. Actuellement, ce qu'on voit, nous, dans notre pratique aussi, c'est que c'est un système d'autorégulation en fait, ce qui existe présentement. Les gens qui vont porter plainte, les gens qui ont le courage d'amener leurs plaintes au niveau du système, souvent ils sont déçus ou ils sont rabroués, on ne répond pas à leur demande. Donc, dans ce sens-là, le Commissaire pourrait être l'instance, une

instance, encore une fois, pour faire suite, indépendante, qui pourrait donc vraiment agir en termes de protection et de promotion des droits des utilisateurs et utilisatrices au niveau du système de santé et de services sociaux.

Comme je vous disais, nous, au niveau de la santé mentale... ça fait plus de 15 ans qu'il y a des organismes régionaux de promotion et de défense de droits, et ce qu'on voit malheureusement... et un peu comme disait ma collègue Denise, quand tu as un problème de santé mentale, au niveau de la crédibilité, au niveau... on va mettre ça généralement sur ton diagnostic. On entend même: Ça fait partie de la maladie de vouloir défendre ses droits. Donc, on voit qu'il y a vraiment une lacune au niveau de ce système de protection des droits.

Donc, dans ce sens, il y a des recommandations qu'on fait. C'est d'intégrer le mandat et les fonctions qui sont dévolus au Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux au bureau du Commissaire à la santé et au bien-être.

C'est aussi que les commissaires locaux à la qualité des services relèveraient également du bureau du Commissaire à la santé et au bien-être afin de leur assurer une autonomie et une indépendance face aux administrations des réseaux locaux. Parce qu'il faut bien savoir actuellement que la personne, le commissaire à la qualité des services dans un établissement, c'est un rôle qui est assez difficile à tenir, hein, il relève tant... Ils sont partie intégrante de l'administration du système et, en même temps, ils doivent regarder, ils doivent analyser, ils doivent traiter les plaintes qui leur arrivent des personnes utilisatrices des services. Donc, nous, on dit: Pour faciliter leur travail et pour faire en sorte qu'ils fassent un réel travail de promotion et de protection des droits, ils devraient relever du Commissaire à la santé et au bien-être.

On recommande aussi d'instaurer un palier de révision au sein même de la structure du Commissaire à la santé et au bien-être en ce qui concerne les commissaires locaux, parce que ça peut arriver aussi que les gens ne sont pas satisfaits des réponses, des attitudes, de comment ça se passe avec le commissaire local, et on donne quelques exemples de... ce palier de révision pourrait être formé de qui.

Une dernière recommandation donc, c'est au niveau de la protection des droits, c'est que le gouvernement doit s'engager à reconnaître l'importance de la mission et soutenir adéquatement financièrement... Il y a des organismes communautaires, il y a différents organismes dont évidemment les groupes de promotion et de défense de droits en santé mentale qui font un travail terrain colossal. Alors, on demande aussi, dans la foulée du Commissaire à la santé, en incluant la protection des droits, qu'on reconnaisse et qu'on soutienne ces organismes qui travaillent au niveau du terrain auprès des personnes.

Au niveau d'une charte des droits pour la santé et les services sociaux, l'AGIDD-SMQ est tout à fait en accord avec l'analyse qu'en a faite le Conseil de la santé et du bien-être dans son avis sur l'institution d'un commissaire à la santé. Probablement, vous avez pu en prendre connaissance déjà, j'imagine. Donc, ils sont là.

En ce qui concerne l'inclusion de la responsabilité individuelle, bien, encore une fois, en accord avec le conseil, on pense que ça risque d'être inefficace et d'être perçu un peu comme une action paternaliste de la part du gouvernement. On est beaucoup plus enclins à travailler au niveau des droits collectifs, à éduquer... bien à éduquer, à former les gens au

niveau des droits. Premièrement, généralement, ce qu'on voit, nous, dans la pratique, et je pense qu'on peut dire que c'est général, les gens ne connaissent pas leurs droits. Donc, c'est difficile, quand tu ne connais pas tes droits, d'être responsable, de vivre tes droits ou d'appliquer tes droits. Donc, c'est dans ce sens-là, il y a un gros travail de sensibilisation, d'éducation tant au niveau des gens qui ont des problèmes de santé mentale qu'au niveau de la population. Donc, c'est pour ça que, nous, l'esprit d'une charte ou d'un document au niveau des droits et responsabilités doit être plus orienté en termes collectifs, de droits collectifs.

Donc, on dit que le Commissaire à la santé et au bien-être est responsable de l'élaboration d'un document informatif sur les droits collectifs, et évidemment, dans le même sens, ça doit être fait en collaboration. Les citoyens et les citoyennes du Québec doivent y participer, et en incluant évidemment des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, à notre avis. Et aussi, évidemment, il est responsable de la diffusion.

Il y a un autre commentaire. Il y a l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ou AETMIS, comme on appelle, et ça a complètement disparu du projet de loi. On se demande pourquoi. On pense que le mandat de l'AETMIS correspondrait tout à fait au commissaire local à la santé. Donc, vu que sa mission, c'est de contribuer à améliorer le système de santé québécois et de participer à la mise en oeuvre de la politique scientifique du gouvernement du Québec, donc on se demande pourquoi il n'est pas intégré. Donc, à ce titre-là, c'est une de nos recommandations.

Je pense qu'on est dans notre temps...

La Présidente (Mme Charlebois): Oui.

Mme Provencher (Doris): ...ou la conclusion, si tu me permets de... bien, c'est ça.

La création d'un poste de Commissaire à la santé et au bien-être doit représenter une avancée dans le domaine de la santé et des services sociaux pour la population du Québec, et on pense que le projet de loi actuel a certaines lacunes à ce niveau-là. Donc, c'est une belle occasion justement que le gouvernement a d'instaurer, de mettre en place une structure efficace qui agit en tant que gardienne de notre système public de santé et services sociaux — on ne reviendra pas sur toutes les difficultés et problèmes que notre système vit, vous êtes plus au courant que nous. Alors donc, c'est une belle opportunité, et aussi en termes de mécanisme de promotion et de protection des droits. Donc, c'est dans ce sens-là que va notre présentation.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci.

Mme Provencher (Doris): Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Vous avez fait allusion dans votre présentation à la question de la participation citoyenne, et là je vois un point à clarifier parce que... D'autres groupes avant vous nous ont souligné la nécessité, d'après eux, d'incorporer au Commissaire une sorte d'élément de participation citoyenne tel qu'un forum, comme il existe actuellement au CSBE.

Maintenant, dans votre intervention, vous avez parlé de gens du terrain, des gens du réseau. Si on a une approche de population plus qu'une approche d'usager, ce n'est pas nécessairement des gens du réseau qui devraient être dans ce forum-là, mais des gens qui représentent la population de façon beaucoup plus large. A mon avis, il me semble qu'il y a une contradiction entre vouloir dire qu'on approche, qu'on adopte une approche populationnelle, donc qu'on ne considère pas tout le monde comme un usager soit actuel, soit potentiel du système de santé. Et, comme vous le dites vous-même, le système de santé, c'est un bien collectif, là, qui appartient à la population en général, de sorte que est-ce qu'on ne devrait pas cibler ce forum-là plus largement que des gens de terrain ou des gens du réseau?

Mme Brouillard (Denise): Je pense qu'il faut avoir un équilibre. On avait vu au niveau des comités tripartites au niveau de la santé mentale où il y avait des gens de différentes provenances, et ça donnait un éclairage. Moi, je pense qu'effectivement la santé touche l'ensemble de la population, et ce serait normal qu'il y ait des représentants de l'ensemble de la population, mais c'est aussi intéressant qu'il y ait des représentants de secteurs, au niveau de la santé, précis aussi pour amener un éclairage. Donc, il y a un équilibre à y avoir. Puis on pensait aussi que cette structure-là, au niveau de la Commissaire, elle serait comme... encadrerait aussi son travail, là.

M. Couillard: Quant à la relation entre le poste de Commissaire et le mécanisme de traitement des plaintes, là, les avis des groupes sont partagés. Certains soutiennent notre idée de dissocier les deux avec la logique que le traitement des plaintes, c'est la relation de l'individu avec le système de santé et de services sociaux, tandis que le rôle du Commissaire, c'est plus un rôle d'appréciation large, systémique, comme on dit, là, de tout le système de santé. Et, vous, vous nous recommandez d'intégrer les deux. Est-ce que ce n'est pas trop large, là? Déjà, on semble nous dire souvent que le mandat du Commissaire est assez lourd. Est-ce qu'on ne l'alourdirait pas de façon majeure en faisant ça?

Mme Provencher (Doris): Écoutez, nous, c'est parce qu'on réalise, de par la pratique depuis 15 ans, que le système actuel, il ne fonctionne pas, il ne répond pas aux demandes. Ce n'est pas un système de promotion et de protection des droits, ce qu'il y a actuellement. Donc, ce qu'on dit, c'est que, étant donné que l'occasion de mettre en place une structure et qu'on voudrait, nous, indépendante du ministère de la Santé, en lien mais quand même garder une certaine indépendance... pourquoi ne pas, dans cette structure-là, y intégrer justement un réel mécanisme de promotion et de protection des droits? C'est dans ce sens-là qu'on l'apporte.

Parce que, écoutez, en santé mentale, ce qu'on voit, et je pense que... Au niveau des services de santé, ce n'est pas un système de protection des droits... donc, dans ce sens-là que c'est une belle occasion à saisir et pour créer, comme je disais tantôt... Entre autres, par rapport aux commissaires locaux, c'est une situation... infernale, c'est un grand mot, là, mais c'est une situation qui n'est pas adéquate pour personne. Donc, c'est dans ce sens-là qu'on l'amène, oui.

• (11 heures) •

Mme Brouillard (Denise): Il y a un autre élément, c'est que, souvent, au niveau de la défense individuelle des

droits dans... En tout cas, moi, je peux parler du groupe d'où je viens, une plainte au niveau... ou un appel d'une personne nous a permis de relever une situation beaucoup plus large, et ça nous a permis de faire une action pas juste individuelle, mais collective. Et, souvent, où on s'aperçoit qu'il y a des problèmes, c'est une personne qui prend le téléphone puis qui nous dit: Telle situation... Et là on s'aperçoit que c'est beaucoup plus large. C'est pour ça qu'on s'est dit: Bien, pourquoi ne pas, à ce moment-là, assurer, au niveau de tout le traitement des plaintes — puis on va plus loin, on parle de protection des droits, nous autres, ce n'est plus juste des plaintes — un aspect vraiment indépendant et que le Commissaire ait une vision globale et au niveau collectif et au niveau individuel? Ça fait que c'est le raisonnement qui nous a amené à faire cette recommandation-là.

M. Couillard: Alors, Mme la Présidente, je céderais la parole à mes collègues parlementaires.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. Alors, M. Plourde, président, n'est-ce pas, vous êtes le président? Vous étiez parmi nous en commission parlementaire sur le projet de loi n° 25, je pense, hein, et vous étiez accompagné de Mme Provencher. Et Mme Brouillard, je crois que c'est la première fois, là, que l'on vous reçoit en commission parlementaire; vous étiez sur le projet de loi n° 25 également?

Mme Brouillard (Denise): Non, non. Je suis déjà venue mais pour la carte santé à puce, il y a de ça quelque...

Mme Harel: Ah! Vous êtes la coordonnatrice des Droits Recours Laurentides, hein, c'est bien ça?

Mme Brouillard (Denise): Oui.

Mme Harel: Alors bon, bienvenue, au nom de l'opposition. Vous nous dites: Tel que rédigé, le projet de loi va créer un super sous-ministre, hein, ça, c'est l'expression que l'on retrouve dans votre mémoire, je pense, à la page 13, hein?

Mme Provencher (Doris): Tout à fait.

Mme Harel: Alors, et vous nous dites: Le risque, c'est que ce super sous-ministre soit lié par la conjoncture politique du moment. Et ce que vous recherchez, c'est, à la page 7, vous dites: «une belle occasion d'améliorer le système», une «occasion d'améliorer le système de promotion, de protection [...] de défense des droits [...] en matière de santé et de services sociaux». Et je comprends que votre mémoire est constructif, dans le sens que vous préconisez des façons d'améliorer le projet de loi.

Mme Provencher (Doris): Tout à fait, oui.

Mme Harel: Alors donc, bon, une des façons de l'améliorer est consensuelle, c'est celle qui consiste à donner au Commissaire à la santé un rattachement à l'Assemblée nationale. Vous savez que c'est à peu près tous les mémoires, quels que soient les milieux, là, qui se font

entendre devant la commission, qui le recommandent. Je ne pense pas qu'il y a beaucoup d'exception en tout cas à cette règle-là, à ce que je sache, en tout cas jusqu'à maintenant. Je ne pense pas qu'il y en aura non plus dans les jours qui viendront. Donc, c'est consensuel, et c'est rare qu'il y ait des consensus aussi forts que ça dans une société, que ce soit le milieu des soignants, comme le milieu des soignés, comme le milieu citoyens, comme en fait tous ceux qui se présentent devant cette commission.

Ensuite, ce que vous nous dites, c'est: Il faut une participation citoyenne, bon, et cette participation citoyenne, elle s'exprimait, nous dites-vous, depuis plus d'une décennie. Vous avez une très belle phrase, d'ailleurs, à ce sujet-là, vous nous dites: «Depuis plus d'une décennie — c'est à la page 5; en fait, ça a été introduit, entre autres, en 1991, je pense, par Marc-Yvan Côté — la population du Québec a développé des habitudes saines de participation citoyenne au processus de prise de décision.»

Et ça me rappelait, si vous voulez, un texte que je lis présentement, c'est l'avant-propos d'un dictionnaire savant, le *Dictionnaire de la pensée médicale*, et c'est écrit par un philosophe, et qui dit ceci: «La médecine est menacée de perdre sa valeur philosophique [...] car la médecine ne doit pas oublier qu'elle s'adresse à une personne totale, une personne qui n'est réductible ni à son état de maladie ni à une maladie.» Et ça, je pense que c'est l'élément, disons, peut-être le plus important, là, de ce qu'on discute, et j'ai trouvé une phrase dans votre mémoire qui l'exprime, je pense, à la page 9, quand vous dites: «Quand une personne a un diagnostic psychiatrique, elle perd généralement toute crédibilité aux yeux des intervenantes et intervenants. Ses gestes sont analysés sous l'angle de la "maladie" et ses réactions sont interprétées comme des perceptions subjectives et déformées de la réalité.»

Alors, je pense que c'est un élément central qui vous fait valoir la nécessité d'une participation citoyenne pour que l'usager reprenne sa dimension de personne totale. C'est ça qu'il faut comprendre, dans votre recommandation, n'est-ce pas?

Mme Provencher (Doris): Bien, il y a, entre autres... Aussi, par rapport à la santé mentale, moi, j'aurais envie de vous citer, peut-être pas de mémoire, je n'ai pas la... il y a un psychiatre français, le Dr Édouard Zarifian, aussi qui parle qu'il faut que les médecins psychiatres cessent de voir devant eux un malade ou, par exemple, là, quelqu'un qui a une dépression, que la personne qui est devant lui cesse d'être un paquet de symptômes ou de neurones qui ne fonctionnent pas; c'est une personne dans sa totalité et dans sa globalité. Donc, un petit peu dans le même esprit que vous citez, ce sont des personnes, on demeure des personnes alors effectivement.

Et, au niveau de la santé mentale, ce qu'on voit depuis 15 ans... Et c'est d'autant plus important que les personnes puissent participer à part entière. Et, au Québec, on a développé, depuis la Politique de santé mentale... Depuis particulièrement la Politique de santé mentale, il y a eu toute la mise en place des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale. Il y a eu tout le concept d'appropriation du pouvoir, qui est développé depuis des années. Et, au Québec — et je crois qu'on est pas mal une société, je pense, un peu unique à ce niveau-là — les personnes qui vivent un problème de santé mentale sont impliquées dans tous les processus de décision qui concernent les services

qui les concernent, et ça marche. Alors, pourquoi s'arrêter dans cette si belle lancée et arrêter?

Alors, d'autant plus, on dit: L'expérience qui a été vécue au niveau de la santé mentale, à notre avis, doit se poursuivre et doit se poursuivre aussi dans toute la société. Et, dans la société, le Conseil de la santé et du bien-être est un exemple où vraiment... Les régies régionales, où tu avais les citoyens qui participaient, il faut conserver ça, absolument, c'est un plus essentiel au fonctionnement, à notre avis. Je ne sais pas si, Denise ou Guy, vous voulez... Je ne sais pas si ça répond ou en tout cas...

Mme Harel: Alors, Mme Provencher... Oui. Et, dans votre mémoire, à la page 6, vous nous le dites d'une manière qui n'est pas théorique, hein, parce que d'autres vont l'écrire autrement en parlant des déterminants de la santé, mais vous, vous nous le dites d'une manière qui est empirique, si vous voulez, vous nous dites: «Les difficultés d'ordre financier, relationnel ou professionnel entraînent souvent de la détresse psychologique. Mais au lieu d'analyser ces problèmes sous un angle collectif et social, on médicalement les personnes.» Et là vous mettez entre parenthèses: «l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs». Alors, d'où l'extrême nécessité que ce ne soit pas juste comptable, comme certains nous ont dit, que le Commissaire à la santé n'évalue pas simplement le système de santé dans son aspect de comptabiliser les maladies qu'il faut soigner. Mais vous nous dites qu'il faut, entre autres, que la fonction conseil comme celle du Conseil santé et bien-être, qui faisait valoir un point de vue plus citoyen, que cette fonction-là puisse demeurer. Est-ce que c'est ce qu'il faut comprendre?

Mme Provencher (Doris): On parle du Commissaire à la santé et au bien-être, le titre. Donc, si effectivement son rôle est strictement de comptabiliser les types de maladies, et tout ça, à notre avis, il ne remplirait pas son rôle. Je ne sais pas si...

M. Plourde (Guy): Moi, je dirais...

Mme Harel: Parlez-nous de ça, de ces déterminants de la santé, là.

M. Plourde (Guy): O.K. Ce n'est pas seulement qu'au point de vue, disons, des choses, des souhaits pieux, mais que ça descende, comme tout à l'heure un médecin disait, avant nous: que ça descende. Moi, je trouve en tout cas, et nous trouvons nous autres aussi, on est rendu qu'on en fait beaucoup, des études puis tout ça puis toutes des belles paroles, mais il n'y a jamais rien qui descend aux gens, en bas, et on ne va jamais vers les gens. Moi, en tout cas, je déplore énormément, en tant que moi-même avoir utilisé des services en santé mentale... Tu sais, on enlève les choses qui sont bonnes.

Moi, je crois que la proposition de ça, la loi, le projet n° 38, c'est bien, avec un Commissaire, mais pas seul. Au point de vue... Moi, pour moi, je vois, c'est une continuité qui a débuté, disons, avec Mme Thérèse Lavoie-Roux, qu'elle parlait tantôt, lors de la formation de la Politique de santé mentale. Et ouvrons-nous les ornières. Quand je disais, dans la présentation, qu'on parlait des élus, c'est vous, les élus, et nous, les élus aussi, au point de vue des organismes communautaires, c'est toute notre affaire, c'est tout le même monde. Puis qu'on ait au moins chacun le même langage, puis qu'on

arrête des choses simples. La santé, c'est important, il faut que ce soit simple, qu'on arrête de compliquer ça.

● (11 h 10) ●

Je suis bien d'accord qu'il peut y avoir des termes, des fois, mais dans le langage, pour arriver pour sortir de quoi pour améliorer, que c'est urgent...

Parce que, moi, quand j'apprenais, la semaine dernière, quelqu'un m'a dit, il dit: Guy, il dit, as-tu pris... C'est rendu, il dit, les troubles de santé mentale sont rendus sur les jeunes, que quand... qu'avant c'était dans la quarantaine. Mme la Présidente, et M. le ministre, et MM. les députés, pensez-y sérieusement, à ça. Aujourd'hui, nous sommes tous autour de la table, on est tous corrects ou à peu près corrects, quand ça arrivera différent...

Une voix: On a l'air corrects!

M. Plourde (Guy): Merci. Non, mais c'est sérieux.

Mme Provencher (Doris): On ne sait jamais, il faut faire bien attention avec ça. Mais, madame...

Mme Harel: ...que faire de la politique, c'est l'art de faire régler ses problèmes de santé mentale par les autres, ou quelque chose de parent, là, quelque chose de parent.

Mme Provencher (Doris): Mais je pense que c'est notre expérience aussi qui fait que... Vous savez, ce que les personnes nous disent, et ce, dans plusieurs études ou dans... les personnes qui vivent un problème de santé mentale, ce qu'ils demandent le plus du système de santé, c'est qu'ils soient accueillies, c'est qu'ils soient écoutés. Ça a l'air bête, comme ça, hein, d'être écouté, d'être accueilli, qu'on me dise bonjour, qu'on s'informe de moi. C'est des choses aussi de base que ça. Donc, c'est dans ce sens-là qu'on appelle. Et notre expérience nous démontre tous les jours que les personnes ne veulent pas être traitées en termes de diagnostics.

Et on sait aussi que... Je ne veux pas partir un débat, mais on sait très bien aussi que les diagnostics psychiatriques sont donnés des fois de manière un petit peu rapide. Quand vous voyez un médecin puis qu'au bout de 10 minutes vous sortez... ou 15 minutes vous sortez avec un diagnostic de schizophrénie, par exemple, bon, ça a des impacts, et tout ça. Donc, c'est dans ce sens-là qu'on dit: Au niveau de la santé, il faut sortir... Bien sûr que ça en fait partie, de la biologie, puis des médecins, des médicaments, et tout ça; ce n'est pas ça qu'on dit. Mais, on peut-u sortir de là et travailler avec du monde? On travaille avec du monde.

Mme Harel: Mme Provencher...

Mme Provencher (Doris): Oui...

Mme Harel: ...extraordinaire. Toujours dans ce *Dictionnaire de la pensée médicale*, n'est-ce pas...

Mme Provencher (Doris): C'est par qui, donc?

Mme Harel: C'est le Pr Dominique Lecourt. Et puis c'est un ouvrage qui aide à comprendre les enjeux actuels de la santé, et c'était dans la revue *Sciences et Avenir* de février.

Mme Provencher (Doris): O.K.

Mme Harel: Et on y lit ceci qui est assez extraordinaire: «Par contre, le système de santé est si tendu qu'il n'a plus le temps d'écouter. Au fond, ce qu'il y a de doux dans les médecines...» Parce qu'on faisait la comparaison avec les médecines douces. Ça veut-u dire que les autres sont dures? En fait, c'était la question, là. «Au fond, ce qu'il y a de doux, dans ces médecines, ce n'est pas qu'elles ne sont pas chimiques, c'est que l'écoute peut se faire, les paroles peuvent se prononcer», et ainsi de suite. Alors, vous voyez combien finalement vous êtes d'actualité.

M. Plourde (Guy): Bon, vous venez de citer, là, justement qu'est-ce que c'est que j'allais dire, tantôt, quand je disais «compliquer»: Pourquoi compliquer les choses? Si on parle de santé, on parle d'êtres humains, à ma connaissance; à ma connaissance, on ne parle pas de la santé des animaux, là, on parle des êtres humains. C'est, vous venez de le dire, c'est ça, c'est l'écoute. Tu sais, les gens... Puis quand vous comparez ça à la... les soins naturels, tu sais, c'est ça que les gens disent, dans l'affaire, tu sais, dans leur publicité. Ça fait que, moi, je dis, c'est: Soyons sérieux, comme encore ceux qui passaient avant nous le disaient... ou c'est monsieur, ici, qui le demandait, M. le député, qui le demandait. Bien, travaillons tous ensemble, là, puis arrêtons de... C'est des êtres... Vous êtes des êtres humains, nous sommes des êtres humains, et la population, c'est des êtres humains. Puis pas plus compliqué que ça, quoi.

Mme Brouillard (Denise): C'est pour ça qu'on trouvait ça essentiel, la vision globale, puis qu'on trouvait aussi... On disait: Bon, le Commissaire à la santé et au bien-être, c'est une porte ouverte pour la population, mais... puis donc avec une vision globale des personnes. Et c'est essentiel, sinon on va aller comme dans l'exclusion ou dans la catégorisation, et ça, en bout de piste, c'est dramatique et ça coûte très cher.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Beauce-Nord.

M. Grondin: Merci, Mme la Présidente. Alors, moi, ce n'est pas tellement une question comme une constatation. Quand vous parlez du commissaire indépendant, je crois que tous les organismes qui ont passé ici devant nous ont demandé la même chose. Puis, moi, je sais bien que, de mon point de vue, je trouve que ce serait très important, ça dépolitiserait un peu le côté de la santé. Ce ne serait peut-être pas... S'il était nommé par l'Assemblée nationale, ce ne serait peut-être pas une vision de quatre ans qu'il aurait, comme un mandat politique, il serait là pour à plus long terme, ce serait des visions à plus long terme. Puis je crois que, dans le domaine de la santé comme dans bien d'autres domaines, on est porté à avoir des visions à court terme, et puis ça, pour moi, ça aiderait beaucoup le débat.

Où j'ai trouvé très important puis je trouve que vous amenez... sur les organismes communautaires. Je sais qu'en région — parce que, moi, je suis un député des régions et je vois que vous êtes des régions aussi — on est chanceux, on a beaucoup d'organismes communautaires qui supportent nos malades. C'est tous des bénévoles. Il y a des bénévoles, c'est énorme, dans nos régions, qui vont aider dans les hôpitaux, ils vont aider partout où il y a malades. Puis ça ces organismes communautaires là sont à l'écoute des gens, souvent, parce que, comme vous l'avez dit tout à l'heure,

souvent, les malades, ils ont besoin de parler, il ont besoin d'être écoutés, et puis ces organismes-là sont là pour ça. Et je pense que, dans la nouvelle réingénierie de l'État, ces organismes-là devraient être protégés, parce qu'on ne peut pas s'imaginer le bien que ces organismes-là font dans le système de santé. Alors, vous voyez, ce n'est pas une question. Je ne sais pas si vous m'approuvez, alors...

Mme Provencher (Doris): Bien, c'est-à-dire que, si je peux me permettre, au niveau des... Oui, effectivement qu'il y a beaucoup de personnes bénévoles qui supportent, qui aident et qui transportent aussi. Juste, hein, bon, je pense que vous êtes de la Beauce, donc toute la question rurale, c'est compliqué. Ça a l'air simple de même, là, mais, si je reste à 60 kilomètres de l'hôpital puis je n'ai pas de voiture, j'ai un sérieux problème. Donc, il y a plein d'aide.

Mais je veux juste mettre un... au niveau des organismes régionaux de promotion et défense de droits. Il y a des gens qui sont impliqués au niveau... qui militent au sein de l'organisme, donc qui sont des personnes qui ont vécu ou qui vivent un problème de santé mentale, majoritairement qui sont impliqués dans les organismes, et les services sont offerts parce qu'il faut qu'on réponde à des demandes assez pointues, hein, assez pointues au niveau des droits, au niveau des lois, au niveau... Donc, ce sont des travailleurs et des travailleuses qui font ce travail-là. Et c'est dans ce sens-là, aussi: oui, aider les personnes qui s'impliquent de manière bénévole, qui donnent leur temps, mais aussi de reconnaître qu'il y a des personnes qui travaillent dans ce système-là, dans des organismes communautaires, et qui font un travail important à la base aussi. Donc, je pense que c'est les deux visions, là, les deux approches.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme la députée de Pontiac.

Mme L'Écuyer: Merci, Mme la Présidente. Mme Brouillard, Mme Provencher et M. Plourde, merci de votre mémoire. J'apprécie aussi que vous nous amenez à se resituer. On fait partie de la société et on en est tous partie prenante. Je pense que vous nous amenez sur le terrain.

Je suis contente quand vous avez parlé tantôt des plans régionaux en santé mentale. Le territoire... Moi, je viens du comté de Pontiac, qui est un territoire rural. On a été les premiers, dans notre région, à mettre sur pied un plan régional en santé mentale, dans les années 1988-1989, qui a connu beaucoup de succès et où il y a eu des décisions qui ont été prises avec les gens qui vivaient des problèmes de santé mentale et les gens qui travaillaient avec ces personnes-là, où on a consacré la majorité du budget à créer des organismes de support gérés par et pour les gens. Et je peux vous dire que ça a eu beaucoup de succès.

On a réussi à diminuer ce qu'on appelait le syndrome de la porte tournante: quelqu'un qui rentre à l'hôpital, qui ressort, qui rentre, qui ressort. Les gens ont pu prendre leur place. Je ne dis pas que ça s'est fait sans difficulté, mais que je regarde, avec le recul et n'étant plus dans le milieu actif à ce niveau-là, je m'aperçois que ça répondait à ce que vous venez de décrire en termes de besoins et de droits de ces personnes-là.

Tantôt... Dans votre mémoire, vous parlez beaucoup de la participation des citoyens, et ce que j'ai semblé décoder, c'est que, si le conseil disparaît, les citoyens n'auraient plus

leur place ou une façon d'interpeller dans le fond pour faire reconnaître leurs droits. Il y a quand même beaucoup de gens qui ont parlé qu'il y ait un conseil d'administration ajouté ou bien qui apparaîtrait dans la loi au niveau du Commissaire. Ma première question, c'est: est-ce que vous pensez qu'avec un conseil d'administration composé de gens de la communauté et de gens intéressés... répondrait à vos inquiétudes?

Et ma deuxième question, c'était aux recommandations 4, 5 et 6, où vous parlez que le Protecteur des usagers devrait relever du bureau du Commissaire; les commissaires locaux devraient aussi. Moi, l'inquiétude que je veux partager avec vous... Vous avez dit tantôt que le Protecteur ne jouait pas correctement — je ne veux pas interpréter vos paroles — ...

Mme Provencher (Doris): ...le système. Ce n'est pas que le Protecteur...

● (11 h 20) ●

Mme L'Écuyer: ...le système était lourd. Dans vos propositions, j'ai l'impression qu'on vient de nouveau d'alourdir le système. Ça fait que ma question, c'est: si les commissaires locaux dépendraient ou étaient redevables et nommés par les conseils d'administration des établissements, est-ce qu'à ce moment-là le résultat du système ne serait pas plus efficace et que le conseil d'administration, par un comité créé des membres du conseil et du Commissaire, ne permettrait pas de régler ou de répondre à vos préoccupations et au système qui, pour vous, vous semble inefficace?

Mme Brouillard (Denise): ...la première question. Même si le Commissaire à la santé et au bien-être aurait un conseil d'administration — c'est qu'est-ce qu'on demande, qu'il y ait une structure — on maintient quand même le besoin du Conseil de la santé et du bien-être. Donc, une structure n'enlève pas le conseil, là. Pour nous, les deux avaient un rôle différent, et donc la nécessité du maintien du conseil était là. Et on se disait, bien: Pour renforcer le rôle du Commissaire, à ce moment-là, donnons-lui un conseil d'administration qui serait représentatif de notre société québécoise.

Mme Provencher (Doris): Et, pour la deuxième, tu me reprendras, Denise, si je me trompe, mais il me semble que les commissaires locaux sont nommés par les C.A. des établissements, non?

Mme L'Écuyer: Les commissaires locaux relèvent des directions, sur une recommandation des directions. Mais je regardais si le choix venait directement des conseils et que les rapports soient directement déposés par le Commissaire au conseil d'administration.

Mme Provencher (Doris): Bien, à notre avis, je ne croirais pas, parce qu'il relèverait quand même administrativement de la structure pour laquelle il travaille. Alors donc, en même temps, je relève... Mon patron, c'est la structure dans laquelle je travaille, mais en même temps, si je reçois des plaintes des personnes, c'est comme si je vais... je risque d'aller à l'encontre de mon patron. Je trouve que c'est une situation qui est délicate pour tout individu et qui... Et donc, dans ce sens-là... Nous sommes tous des êtres humains, ce n'est pas qu'il... bon, hein? Mais, dans ce sens-là, est-ce que mon jugement va être biaisé ou est-ce qu'à un moment donné je ne serai pas portée à...

Et, vous savez, quand on dit que c'est de l'autorégulation, ce n'est pas nous autres qui l'avons inventé. C'est bien clair que, ce système-là, c'est ça actuellement. Moi, un commissaire local étudiait... Bon, écoutez, moi, quand je reçois une plainte, pour moi, je le vois dans le sens: je vais améliorer la qualité du service; merci d'avoir fait une plainte, usager ou usagère. Sauf que, pour la personne qui fait la plainte, ce n'est pas ça, son but. Tant mieux, si ça s'améliore, bien sûr. Mais mon sentiment, là, moi, là, que j'ai été lésée dans mes droits n'est pas du tout répondu par cette structure-là.

Ça pourrait toujours... Ce serait une amélioration, mais, à notre avis, ça ne répond pas aux difficultés qui sont vécues dans le système, que la personne soit nommée directement par le conseil et relève... C'est une amélioration, mais ça ne répond pas.

La Présidente (Mme Charlebois): C'est bien, Mme la députée de Pontiac?

Mme L'Écuyer: Oui, ça va. Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Montmagny-L'Islet.

M. Morin (Montmagny-L'Islet): Merci, Mme la Présidente. À votre recommandation 7, vous nous dites: «Le gouvernement doit s'engager à reconnaître l'importance de leur mission et à adéquatement soutenir financièrement les organismes communautaires qui aident et supportent différents groupes de personnes vulnérables dans l'exercice de leurs droits.» Je ne comprends pas pourquoi que c'est une recommandation. Notre gouvernement s'évertue à encourager ces organismes et le ministre aussi. Et, moi-même, dans mon comté, j'ai le Trait d'Union, qui s'occupe de la santé mentale, le fait bien, ils ont des projets de construction, ils ont besoin de ressources et on est à leur écoute. Tout ce qu'on fait dans nos comtés, c'est qu'on essaie d'harmoniser leurs actions, s'il y a deux, trois groupes dans notre même comté. Puis on reconnaît leur importance, nous. Et cette inquiétude-là revient souvent. Pourquoi?

Mme Brouillard (Denise): Une petite réponse, puis tu compléteras.

Mme Provencher (Doris): Oui, oui.

Mme Brouillard (Denise): Je vais parler pour la région chez nous. Les Laurentides, c'est grand. Oui, on a un financement, les groupes de défense des droits, le groupe Droits Recours Laurentides, mais le financement ne nous permet pas pleinement de jouer notre rôle. Oui, on fait des campagnes de financement, donc pourquoi... L'exercice des droits, hein, c'est vraiment le nerf névralgique d'une société. Une société démocratique est autant démocratique... elle se préoccupe des droits de l'ensemble et d'autant plus des populations qui sont vulnérables, qui sont plus victimes d'exclusion.

C'est pour ça qu'on a amené cette recommandation-là au niveau du Commissaire aussi, parce qu'on se disait: Il y a plusieurs groupes qui accompagnent des groupes, on n'est pas le seul. On pense à des personnes handicapées; il y a plusieurs groupes communautaires qui font cet accompagnement-là. Cet accompagnement-là, des fois, les personnes, ça va être leurs premiers pas, donc c'est important

qu'ils soient présents. Et actuellement, moi, je peux témoigner que le financement ne comble pas les besoins, là, à remplir, tout simplement.

M. Morin (Montmagny-L'Islet): O.K. Mais est-ce que c'est nouveau, ça?

Mme Brouillard (Denise): Non.

Mme Provencher (Doris): Non, non. Non, non. Puis je vous dirais qu'à travers le Québec, dépendamment des régions, dépendamment... bien sûr qu'il y a une reconnaissance, et c'est même le... Bon, les groupes régionaux de promotion et défense de droits, on est issus de la Politique de santé mentale de 1989 qui avait été élaborée sous la responsabilité de Mme Thérèse Lavoie-Roux, et tout ça. Il y a eu une reconnaissance. En 1997, il y a eu un bilan de l'implantation de la Politique de santé mentale, et je vous dirais qu'en quelque part l'un des... en tout cas, un point qui a vraiment fonctionné, ça a été l'implantation des groupes régionaux de défense de droits, sauf qu'en même temps, ça s'est développé de manière très différente d'une région à l'autre.

Je ne veux pas parler de chiffres, mais je vais vous en donner un pareil, hein? Par exemple, longtemps, plusieurs années... là, ça a changé depuis, mais sur la Côte-Nord — en tout cas, la Côte-Nord, c'est quand même assez grand — l'organisme régional de promotion et défense de droits avait un budget total de 69 000 \$. Elle était reconnue, mais elle était complètement liée. Il y a des groupes encore — ce groupe-là — ils doivent fermer quelques mois par année parce qu'ils n'ont pas assez... Parce qu'il y a aussi toute la participation, il y a aussi... On fait de l'aide individuelle, mais les changements vont venir par le collectif et par la prise de parole des personnes, donc il y a toute cette organisation.

Oui, on a de l'aide. Mais ce qu'on dit depuis des années, je sais qu'on est fatigués avec ça, qu'on est chialeux, mais on n'arrive pas à vraiment bien faire notre travail. Je sais qu'à Rimouski les gens sont obligés de travailler quatre jours-semaine parce qu'ils n'ont pas assez d'argent pour couvrir l'ensemble. Et souvent — ce qu'on disait d'ailleurs à M. Couillard lors d'une rencontre, dernièrement — on forme du monde, le monde, ils sont impliqués, et, quand ils ont la chance, ils s'en vont ailleurs. Parce que tu ne peux pas... tu n'arrives pas à... Donc, on perd aussi notre monde qui s'implique. Alors, c'est dans ce sens-là.

Mais on reconnaît qu'il y a une aide, qu'il y a une reconnaissance; on ne dit pas qu'il n'y en a pas. C'est juste pour vous signifier: Vous pouvez encore... On est avec vous autres puis on va vous supporter là-dedans pour aller plus loin.

M. Morin (Montmagny-L'Islet): Oui. C'est parce que votre recommandation nous disait: «doit reconnaître». Mais on vous reconnaît, on sait les services que... et on vous invite à continuer.

Mme Provencher (Doris): Ah, oui.

La Présidente (Mme Charlebois): Je m'excuse, l'enveloppe est épuisée. Alors, monsieur...

Mme Provencher (Doris): Ah! L'enveloppe est épuisée?

La Présidente (Mme Charlebois): Oui. M. Plourde, Mme Provencher et Mme Brouillard, merci beaucoup de votre présence.

J'inviterais l'Association des CLSC et des CHSLD à prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Charlebois): J'inviterais les gens de l'Association des CLSC...

Des voix: ...

● (11 h 30) ●

La Présidente (Mme Charlebois): S'il vous plaît! Bonjour. J'inviterais, j'imagine, M. Lemire, à présenter ses collègues. Et vous savez la procédure: vous avez 20 minutes pour présenter votre mémoire, qui va être suivi par une période d'échange entre les deux formations.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ)

M. Lemire (Jacques): Alors, merci beaucoup. Je voudrais vous présenter, à ma gauche, Mme Marie-Claude Martel, la directrice générale de l'association, et Me Sonia Amziane, qui est l'avocate-conseil à l'association. Alors, je veux aussi vous remercier de nous entendre aujourd'hui.

Et je dois vous dire que, d'entrée de jeu, le projet de loi n° 38 abolit deux organismes ayant des missions distinctes en matière de santé, le Conseil de santé et de bien-être et le Conseil médical du Québec, pour y substituer le Commissaire à la santé et au bien-être. Le projet de loi prévoit une nomination du Commissaire à la santé et au bien-être par le gouvernement. L'association est d'avis que ce mode de nomination peut soulever des questions quant à l'indépendance du Commissaire à la santé et au bien-être. D'autant plus qu'il relèvera du ministre de la Santé et des Services sociaux. Pour s'assurer de l'indépendance du Commissaire à la santé et au bien-être, l'association préconise une nomination par l'Assemblée nationale, comme l'avait annoncé à juste titre le ministre Philippe Couillard lors de l'étude des crédits budgétaires 2003-2004.

Le projet de loi confie au Commissaire à la santé et au bien-être une multitude de fonctions axées principalement sur la performance globale du système de santé et de services sociaux au détriment, pensons-nous, du volet Prévention et promotion de la santé et du bien-être de la population. L'association recommande donc que ce volet fasse partie intégrante des fonctions du Commissaire à la santé et au bien-être en l'inscrivant spécifiquement dans son mandat.

Le projet de loi octroie au Commissaire à la santé et au bien-être un pouvoir discrétionnaire de tenir des audiences publiques. À ce chapitre, pour favoriser un réel débat de société, l'association préconise une obligation pour le Commissaire à la santé et au bien-être de tenir des audiences publiques pour toute question d'intérêt public qui touche la santé et le bien-être de la population. Dans un même ordre d'idées, l'association recommande également que, lorsque le Commissaire à la santé et au bien-être juge que l'intérêt de la population le requiert, il diffuse tout avis auprès de cette dernière. Quant à son pouvoir d'enquête, l'association demande que ce dernier soit circonscrit afin d'éviter des chevauchements avec d'autres instances, comme par exemple le Protecteur du citoyen.

Pour une meilleure reddition de comptes et pour une question d'imputabilité du Commissaire à la santé et au bien-être envers la population, l'association demande un rapport annuel de toutes les activités et non pas un rapport qui porte uniquement sur la performance globale du système de santé et des services sociaux.

Pour conclure, l'association se dit favorable au projet de loi n° 38. Toutefois, il émet des réserves sur certaines dispositions du projet de loi qui de son avis méritent d'être clarifiées, précisées, et voire même bonifiées.

En bref, ce que nous recommandons, c'est que le Commissaire soit nommé par l'Assemblée nationale; que le Commissaire relève de l'Assemblée nationale ou, à défaut, du ministre s'il est nommé par l'Assemblée nationale; que le volet Prévention et promotion de la santé soit ajouté au mandat du Commissaire; que le Commissaire soit mandaté pour procéder à la consultation d'organismes, d'associations pour toute question liée à l'amélioration et au maintien de la santé; que le Commissaire soit mandaté pour tenir des audiences publiques sur toute question liée à la santé; de préciser le pouvoir d'enquête du Commissaire pour éviter des chevauchements, comme je le disais tantôt, avec, par exemple, le Protecteur du citoyen.

De plus, nous croyons que le Commissaire doit émettre des avis aux autres ministres interpellés par des questions touchant la santé de la population, doit, lorsque l'intérêt de la population le requiert, diffuser tout avis à cette même population. Enfin, il nous apparaît essentiel que la reddition de comptes porte sur l'ensemble des fonctions du Commissaire et non sur la seule appréciation des résultats atteints. Alors, nous vous remercions et nous sommes disponibles pour répondre à vos questions.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. Lemire. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Merci, M. Lemire, mesdames, pour votre présentation.

Et, dans la question de la nomination, tous les groupes jusqu'à maintenant recommandent ce que vous venez d'énoncer. La précaution que l'on avait était d'éviter deux écueils. J'aimerais vous entendre sur la façon de garder... de rester entre ces deux écueils et de ne pas sombrer dans les récifs de l'inconscience peut-être, où, d'un côté, on veut accorder le maximum de crédibilité à la personne qui occuperait la fonction de Commissaire, donc là la question du mode de nomination par l'Assemblée nationale prend tout son sens, de l'autre côté, on ne veut pas créer une sorte d'organisme exécutif indépendant, une sorte de gouvernement parallèle ou de second ministère de la Santé qui mine directement ou indirectement l'imputabilité et la reddition de comptes finale qui doit être au niveau des élus.

Alors, comment est-ce que... Advenant le cas où on transformerait le projet de loi pour lui ajouter une modalité de nomination par l'Assemblée nationale, comment est-ce qu'on circonscrit la fonction afin qu'elle n'empiète pas sur cette imputabilité et cette obligation que ce soit l'élu qui soit le garant de la reddition de comptes finale vis-à-vis la population?

La Présidente (Mme Charlebois): M. Lemire.

M. Lemire (Jacques): Je crois qu'au point de départ la proposition de faire en sorte que la nomination relève de

l'Assemblée nationale et aussi, dans notre entendement, que la responsabilité de l'imputabilité relève aussi de l'Assemblée nationale ou, le cas échéant, du ministre repose pour nous sur des éléments importants, et, parmi ces éléments importants, il y a, d'abord et avant tout, toute la question de la transparence et de l'indépendance du Commissaire à la santé. Il y a aussi, dans notre point de vue, le fait que, si le Commissaire de la santé relève de l'Assemblée nationale, il risque d'être, bon, capable, à un moment donné, de donner des avis au ministre. Ce que nous voulons éviter, c'est, par exemple, le conflit où un ministre demanderait un avis au Commissaire de la santé en étant en même temps, là, juge et partie de ce Commissaire de la santé. Et ce que nous regardons aussi dans toute cette question-là, c'est le fait qu'il nous paraît essentiel que la population puisse compter constamment sur ce Commissaire de la santé. Madame...

Mme Martel (Marie-Claude): En gros, ce que vous nous posez comme question, c'est: le moins pire des deux scénarios ou le meilleur des deux scénarios. On note des institutions, là, comme le Protecteur du citoyen, comme le Vérificateur général, qui font de la reddition de comptes à l'Assemblée nationale, et les choix demeurent toujours des choix ministériels faits par les ministres dans chacun de leurs secteurs. Et c'est dans ce contexte-là que, nous, on pense qu'il faut qu'il relève absolument de l'Assemblée nationale, parce qu'il aurait cette indépendance de donner des avis, sur une période beaucoup plus longue, sur les perspectives qu'on veut donner au réseau de la santé et des services sociaux et non pas sur sa gestion jour après jour ou année après année. Et je pense que tout le monde sortirait gagnant de ce type d'exercice, parce qu'on pourrait se donner une perspective de développement du réseau de la santé et des services sociaux. Donc, pour nous, là, la première position, c'est vraiment, là, qu'il relève de l'Assemblée nationale pour avoir cette crédibilité-là dans les recommandations qu'il donnerait au législateur.

M. Couillard: Votre recommandation également pour l'inclusion, dans le mandat, des volets Prévention et Promotion de la santé, je trouve que c'est bienvenue comme recommandation, parce qu'on dit au Commissaire, dans le projet actuel, bien: Il faut apprécier les résultats du système de santé. Donc, ce que vous suggérez — je veux être sûr que je comprends votre suggestion — c'est qu'on ajouterait, dans l'accessibilité aux services et également dans les efforts de qualité et accessibilité, mais dans les efforts gouvernementaux de prévention et de promotion, que ce soit nommément inscrit que l'appréciation doit porter sur cet aspect-là. Est-ce que j'interprète correctement votre recommandation de ce côté-là?

● (11 h 40) ●

Mme Martel (Marie-Claude): Tout à fait. Et c'est aussi la raison pour laquelle on veut que des mandats puissent venir de d'autres ministres, parce que toute la question de la prévention, de la promotion, ça touche beaucoup d'autres secteurs d'activité gouvernementale. Et donc on voudrait voir reconnue, là, cette préoccupation-là, qui est reconnue, là, au Conseil de santé et bien-être actuellement.

M. Couillard: Vous nous suggérez de donner au Commissaire l'obligation de tenir des audiences publiques sur toute question d'intérêt public et également de diffuser

ses avis auprès du public lorsque l'intérêt de la population le requiert. Là, il y a une forme d'arbitraire puis de décision: Quand est-ce que ça intéresse le public? Quand est-ce que c'est un élément d'intérêt public? Quand est-ce que ce ne l'est pas? Avez-vous des exemples en tête où vous laissez... vous laisseriez au Commissaire le soin de décider que tel ou tel avis ou tel ou tel sujet sont d'autorité publique ou d'intérêt public et puis qu'il doit procéder aux audiences ou à la diffusion?

Mme Martel (Marie-Claude): Pour nous, le Commissaire — puis là je retourne un peu en arrière, là, sur votre question — le Commissaire doit être appuyé par... est-ce qu'on appellera ça, là, le forum des citoyens, des experts ou autre? Donc, il ne déciderait pas lui-même; il serait accompagné par un forum de la population ou d'experts, qui pourrait lui suggérer d'évaluer, d'étudier, de s'engager dans une réflexion. Donc, il serait appuyé, là. Ce n'est pas lui seul qui déciderait. Donc, pour nous, il est clair que toute la question de la santé, des services sociaux, c'est des préoccupations actuellement des citoyens. C'est ce qu'ils considèrent comme le plus important. Et il faut faire de la reddition de comptes. Il faut être capable de se donner une perspective du réseau de la santé et de les faire participer à cette réflexion-là.

M. Couillard: Pour ce qui est de l'impact des autres actions gouvernementales sur la santé, la santé publique par exemple, ou la prévention, promotion, il existe déjà, comme vous le savez, dans la Loi de la santé publique, un article, l'article 54, qui donne l'obligation au ministre de procéder à cette vigie-là et ses actions... sur les actions gouvernementales, en général. Est-ce qu'à ce moment-là le rôle du Commissaire, plutôt que de se substituer à cette obligation que la loi contient déjà, ne devrait pas être de faire des commentaires sur la façon, par exemple, dont le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est acquitté de cette obligation dans tel, tel, tel dossier plutôt que lui-même, le Commissaire, aller intervenir auprès d'un ministère ou d'un autre? Quel est votre choix, là, à ce sujet-là?

M. Lemire (Jacques): Écoutez, il y a quand même beaucoup d'impacts dans les actions des autres ministères sur toute la question de la santé, et, nous, ce que nous proposons, c'est de faire en sorte que le Commissaire à la santé et au bien-être soit spécifiquement la personne chargée de faire en sorte qu'il y ait des avis sur, bon, tout ce qui concerne, par exemple, l'environnement dans les autres ministères, et ça nous paraît essentiel dans ce sens-là. Bon. Bien sûr, le ministre peut prendre ces actions-là, mais si... Bon. On parle toujours de transparence, on parle toujours d'imputabilité, si cette personne-là est capable de prendre ces avis, d'émettre ces avis, nous, il nous apparaît qu'à ce moment-ci c'est ce qui souhaitable.

Mme Martel (Marie-Claude): Je reviens avec la question parce que... Est-ce que la question, c'est: est-ce que le Commissaire devrait donner un avis sur la façon dont le ministre répond aux besoins que lui impose la loi ou que le Commissaire doit se projeter sur... donner des avis sur ce qu'il devrait faire? C'est ça, votre question?

M. Couillard: Oui. Directement intervenir... On disait l'exemple de l'environnement, là. Alors, dans la Loi

de la santé publique, l'article 54 demande au ministre de la Santé et des Services sociaux de s'assurer que les politiques annoncées n'ont pas d'impact négatif sur la santé publique. Alors, est-ce que le rôle du Commissaire est de vérifier la façon dont le ministre s'est acquitté de cette obligation législative qui est déjà là ou de lui-même intervenir auprès du ministre de l'Environnement puis de le noter, que telle ou telle politique présente un risque, par exemple, pour la santé publique?

Mme Martel (Marie-Claude): Honnêtement, là, je pense que ça mérite réflexion. On pourrait vous dire des choses... Je pense qu'on a besoin de consulter. La question est très, très bonne, et ce que je me permettrais, M. le président, c'est de consulter notre comité sur la santé publique et de vous répondre par une lettre, là, dans les prochaines semaines si ça demeure une préoccupation pour vous. Mais on veut vous donner un avis juste sur ça et on ne l'a pas vu dans cette perspective-là.

M. Couillard: Je vais terminer, avant de passer la parole à mes collègues, là, sur une remarque sur la nécessité de circonscrire le pouvoir d'enquête. Bien sûr, on ne veut pas... Par exemple, l'intention n'est pas que le Commissaire aille enquêter dans un établissement. Il y a déjà des gens qui font ça; le Vérificateur général et le Protecteur des usagers font ça. On veut que le rôle d'évaluation reste systémique et global. Donc, est-ce que c'est de cette façon dont vous voulez qu'on circonscrive le pouvoir d'enquête ou c'est...

Mme Amziane (Sonia): Effectivement, parce que la rédaction actuelle laisse penser que justement le Commissaire, il aurait un pouvoir d'enquête dans un établissement en particulier, puis ça on veut éviter ça, puisque de toute façon il y a déjà d'autres organismes qui sont chargés de faire des enquêtes dans les établissements. En fait, il faudrait clarifier le projet de loi pour éviter ce type d'interprétation.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. M. Lemire, Mme Martel et Mme Amziane, alors bienvenue au nom de l'opposition officielle.

Alors, vous présentez un mémoire dans lequel on retrouve des points de vue en fait relativement nouveaux, là, par rapport aux discussions qui ont eu cours jusqu'à maintenant. Alors, j'aimerais bien qu'on puisse peut-être poursuivre l'échange entrepris avec le ministre sur ces questions-là, notamment celle concernant l'implication du Commissaire à la santé et au bien-être, hein, n'est-ce pas, puisqu'il y a double dimension, à l'égard des déterminants de la santé. On a donné l'exemple de l'environnement. Le ministre donnait deux scénarios possibles — peut-être que je les simplifie trop, là, je ne veux pas les caricaturer, il me le dira — mais soit, par exemple, le Commissaire jugerait ce que le ministre... pas lui... ou enfin un ministre de la Santé fait ou ne fait pas en regard de cette obligation que la loi lui crée déjà ou que le Commissaire jugerait ce que son collègue ministre, dans un autre secteur, fait ou ne fait pas.

Mais il y a une troisième voie possible, c'est-à-dire que le Commissaire à la santé a le mandat de faire des recommandations au ministre pour qu'il s'acquitte mieux de son obligation en regard de l'environnement, de la pauvreté et de d'autres dimensions. En d'autres termes, il ne juge pas ce que le ministre fait, il ne juge pas ce que son collègue fait, mais il lui fait des recommandations pour s'acquitter de cette obligation dont il parlait tantôt. C'est vraiment la troisième voie.

J'avais l'impression, en lisant votre mémoire, que c'était cette voie dans laquelle vous souhaitez engager le ministre à modifier son projet de loi, c'est-à-dire accepter... Comme vous le mentionnez d'ailleurs à la page 6 de votre mémoire, au deuxième paragraphe — je pense que c'est le cœur de cette vision des choses: «Un système de santé efficace, viable, rentable et de qualité ne repose pas uniquement sur la prestation de soins et de traitements, c'est-à-dire des services axés sur le curatif, mais il doit aussi s'orienter vers la promotion et la prévention de la santé et du bien-être de la population.» Et ça ce que vous dans le fond rappelez, c'est que ce n'est pas le rôle que du ministre de la Santé, cet objectif de promotion et de prévention. Et là vous donnez des exemples: «Les liens qui existent entre le statut socioéconomique, le niveau de scolarité, la qualité du logement — ou — la situation d'emploi et bon nombre de problèmes de santé physique et de problèmes psychosociaux sont aujourd'hui bien documentés.»

Vous savez... Par exemple, regardons l'espérance de vie. On pourrait la regarder entre les continents, Nord et Sud. Mais on peut la regarder à Montréal: 14 années de différence d'espérance de vie entre le nord et le sud, Westmount et Saint-Henri, Pointe-Saint-Charles. Alors, il y a un problème là. Ce n'est pas juste un problème de santé, ce n'est pas un problème seulement de soins et de traitements. Manifestement, on devrait tous être extrêmement préoccupés par le fait de réduire cet écart de 14 ans d'espérance de vie — en bonne santé, je pense, hein? C'est 14 ans en bonne santé puis c'est 11 ans d'espérance de vie tout court, je crois, hein? Alors, je pense que c'est ce que je détecte du mémoire, là, je pense que c'est cette dimension-là que vous aimeriez voir ajouter pour renforcer le mandat bien-être du Commissaire et non pas simplement le mandat santé. Est-ce que j'ai bien compris votre mémoire?

• (11 h 50) •

Mme Martel (Marie-Claude): Vous avez tout à fait bien compris. Et c'est le rôle des CLSC, là, d'aller tant au niveau de la santé physique que de la promotion de la santé, que du développement, là, social, donc toute la partie services sociaux. Donc, pour nous, c'est une préoccupation, et on voit davantage le rôle du Commissaire comme un rôle proactif dans le développement, là, de ces réseaux-là et de signifier, d'allumer les signaux d'alarme lorsqu'il y a des choix qui risquent d'avoir des impacts majeurs sur la santé des individus. Alors, pour nous, on est vraiment dans cet enlèvement-là.

Je vous dirais qu'aussi, pour le réseau de la santé, le Commissaire, s'il est indépendant et qu'il peut être proactif, pourrait se permettre de donner des avis sur l'organisation des services. Et je vous dirais... et on l'a partagé avec le ministre dernièrement. On est en train de travailler actuellement, là, dans l'application de la loi n° 25, et, je vous dirais, ce qui nous préoccupe encore, c'est toute la question des pôles régionaux hospitaliers pour permettre aux citoyens de garder des services hospitaliers au niveau des régions et de faire en sorte

que l'arrimage entre les réseaux locaux, qui sont une réforme de première ligne, et les RUIS puisse passer par un pôle régional — on en a discuté — puisse passer par un pôle régional. Et, si on n'est pas capable d'avoir un avis dans le développement du réseau de la santé, et non pas dans l'application de mesures concrètes pour l'année ou la prochaine année, on se priverait, là, de recommandations fort efficaces pour se donner une perspective de développement de ce réseau-là.

Mme Harel: Vous introduisez vraiment une dimension que je sais être beaucoup discutée présentement dans le milieu, sur le terrain si vous voulez, celle qui consiste à se demander si les hôpitaux régionaux devenus des instances locales vont ou pas perdre leur pouvoir d'attraction par rapport à des médecins spécialistes, avec le glissement que ça peut provoquer, hein? Ça, je sais que c'est une grande préoccupation. Bon. Mais, moi, je vous ramène à votre mémoire...

Mme Martel (Marie-Claude): Ce serait le premier avis qu'on pourrait demander à un Commissaire à la santé.

Mme Harel: C'est bon. Ce serait bien. J'imagine que les régions vont toujours être en demande, surtout avec le déclin démographique, avec tous les enjeux que ça pose, hein?

Est-ce que... Tantôt, vous mentionniez, bon, que vous souhaitiez que le Commissaire puisse faire des recommandations — c'est toujours le ministre qui décide — mais qui concernent, si vous voulez, une vision plus large que celle des soins, mais aussi celle, bon, du bien-être, si vous voulez. Il y a plusieurs façons... il y a plusieurs chemins pour aller à Rome, hein, parce que d'autres ont recommandé de maintenir le Conseil santé et bien-être dans sa fonction conseil et puis d'attribuer au Commissaire... Il y en a plusieurs qui ont plaidé qu'il y a une confusion des genres, dans le projet de loi, entre la fonction conseil et la fonction évaluation des résultats, qu'il fallait maintenir la fonction conseil dans les conseils, mis en place il y a 12, 13 ans maintenant, et puis donner plus un rôle d'évaluation, donc...

Je le sais, bon, vous, vous dites: Maintenons... Vous prenez... À la page 5, là, vous dites: «sans vouloir remettre en question l'abolition». Donc, si je comprends bien, vous, vous acceptez l'abolition, mais vous voulez le donner, ce mandat-là, au Commissaire et vous dites: Tel que rédigé, le projet de loi, ce mandat-là est trop faible ou trop faiblement décrit, hein, pour qu'on y comprenne autre chose que des résultats de santé, de soins et traitements. C'est ça que je comprends, mais...

Une voix: Dans le mémoire?

Mme Harel: M. le président.

M. Lemire (Jacques): Oui. Écoutez, nous, le choix du gouvernement, on l'a pris pour acquis avec l'abolition des deux conseils à ce moment-ici et on n'a pas questionné ce choix-là, pour nous. Cependant, et c'est là le volet qui nous paraît important, il faut que, dans un tel cas, le Commissaire ait un rôle accru. Il faut que le Commissaire... ou les fonctions du Commissaire soient enrichies des fonctions essentielles qui étaient dévolues à ces deux conseils-là. Et ça, ça nous apparaît des éléments, là, tout à fait importants. Parce qu'à partir du moment où on dit: Bon, le Conseil santé et

bien-être, on l'abolit, le Conseil médical, on l'abolit, je pense qu'il faut, à ce moment-là... Et, quand je regarde, par exemple, les avis du Conseil santé et bien-être, ce sont des avis très riches, très importants. Alors, c'est pour ça que, nous, en faisant ce choix-là de dire: Bon, la volonté du gouvernement, c'est d'abolir les deux conseils, on a dit: Oui, mais, une fois les deux conseils abolis, il faut absolument faire en sorte que les pouvoirs du Commissaire soient accrus pour protéger les fonctions essentielles qui étaient au ministère.

Mme Harel: Certains diraient que vous vous êtes résignés trop vite, parce que ce que... À date, je pense qu'il y a certainement une bonne majorité de mémoires qui recommandent soit le maintien du Conseil médical ou celui du Conseil santé et bien-être, en distinguant les fonctions conseil des fonctions évaluation, parce que nécessairement l'une va primer sur l'autre. Parce que la fonction rétrospective, vous-mêmes vous le mentionnez dans votre mémoire, je pense, hein, cette fonction rétrospective, évaluer des résultats, n'est-ce pas, cette fonction rétrospective ne va-t-elle pas prendre le dessus sur la fonction prospective? C'est dit de manière différente. Souvent, les gens vont dire: Est-ce que la fonction évaluation ne va pas prendre le pas sur la fonction amélioration? On évalue, mais, à ce moment-là, on ne met pas... si vous voulez, on ne s'investit pas nécessairement dans tout le processus pour améliorer.

Alors, c'est plus un vérificateur, là, dont il est question au projet de loi n° 38, un genre de vérificateur des résultats, de l'évaluation, des indicateurs, avec notamment l'interface, là, pour être capable, j'imagine, là, de faire le pendant avec le Conseil canadien, là — qui s'appelle Santé seulement, je pense, hein? Santé, seulement. Alors, c'est ça, la dimension au Québec, particulière, c'est santé et bien-être. Même la loi canadienne prévoit simplement un dispositif sur la santé et non pas sur les services sociaux. Alors, comment renforcer ce dispositif bien-être? N'y voyez pas de reproche, là, c'est une constatation.

Mme Martel (Marie-Claude): Peut-être qu'on est allés trop vite, par contre ce que je vous dirais, c'est qu'actuellement, nous, on a pris pour acquis que les deux conseils étaient abolis. Mais, s'ils devaient être abolis, il faut absolument qu'il y ait une bonification du rôle du Commissaire à la santé. Et, les bonifications, je vous les redis: toute la question de forum de citoyens, toute la question de l'indépendance. Et, si on se retrouvait avec un projet de loi qui était identique à ce qu'on a actuellement en abolissant les deux conseils, on serait perdant au niveau de la société. Mais ce que, nous, on a compris dans les échanges et dans les mémoires qui ont circulé, c'est qu'il y avait une possibilité de bonifier ce volet-là au niveau de la nomination auprès de l'Assemblée nationale et de la question de la reddition de comptes. Je vous dirais que toute la partie forum de citoyens, pour nous, elle est essentielle aussi, parce que c'est à ce moment-là qu'on peut aller évaluer si le rôle conseil peut être effectivement bien rempli. Donc, il y a quand même des prémisses, là, et c'est ce qu'on a soumis dans le mémoire.

Mme Harel: Moi, j'avais compris, en quittant le parlement en décembre dernier, que le projet de loi n° 25 serait appliqué différemment sur l'île de Montréal et qu'on pourrait envisager un scénario particulier, ou finalement les établissements hospitaliers ne seraient pas tenus d'être fusionnés avec d'autres établissements. Et c'est en janvier que j'ai compris

que finalement ce qui semblait plausible et possible avait été écarté au profit d'un autre scénario où il fallait à la pièce plaider le fardeau de la preuve que ça ne devait pas être fait plutôt que de plaider le fardeau de la preuve que ça devait être fait autrement. Alors, ceci dit, tant mieux, tant mieux, tant mieux si vous exprimez finalement cette confiance dans les échanges privés.

● (12 heures) ●

Mais parlons justement du privé, hein? Parce que vous recommandez deux choses, concernant le privé. Vous recommandez, à la page 9 de votre mémoire, qu'il y ait «un réel débat de société sur toute question d'intérêt public qui touche à la santé et au bien-être». Tel que rédigé, vous semble-t-il que le mandat du Commissaire à la santé lui permettrait d'élargir... pour questionner, si vous voulez, ou apprécier, ou évaluer également le secteur privé? Parce que plusieurs des intervenants qui vous ont précédés nous ont dit que, tel que rédigé, ils croyaient que non, que, si ce n'était pas nommément inscrit, c'était le système public seulement qui serait l'objet de toute l'attention du Commissaire. Est-ce que ça vous semble ainsi?

Mme Martel (Marie-Claude): Pour nous, on l'a perçu comme ça, là, donc ce n'est pas... c'est une possibilité de conseil et d'évaluation du système public de santé et de services sociaux.

Mme Harel: Et vous apparaît-il que ça devrait être élargi pour que l'ensemble de la prestation offerte à une population soit examinée?

Mme Amziane (Sonia): On pourrait l'envisager, puisque c'est vrai que, dans le cadre de la loi n° 25, étant donné que justement il va y avoir plusieurs intermédiaires qui relèvent du milieu privé de la médecine, effectivement on pourrait bonifier le projet de loi n° 38 pour justement prévoir expressément que ça ne vise pas uniquement le système de santé public, mais également le système de santé qui est dispensé dans le milieu privé. Effectivement, c'est un bon point.

Une voix: Ou communautaire.

Mme Amziane (Sonia): Ou communautaire, effectivement.

Mme Harel: ...hein?

Mme Amziane (Sonia): À cause de la loi n° 25.

Mme Harel: Dans le projet de loi n° 38, vous... Pardon?

M. Couillard: Grâce à la loi n° 25.

Mme Harel: Pardon?

M. Couillard: J'ai dit: Grâce à la loi n° 25.

Mme Harel: Ah!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Dans le projet de loi n° 38, à l'article 17 et 18, on distingue entre le rapport annuel, que le ministre doit

déposer une fois qu'il lui est transmis dans un certain délai, et les avis, qui peuvent devenir des avis privés, au choix, je crois, hein? Je n'ai pas le projet de loi, là, tout près, mais je crois que l'article 18 dit que les avis peuvent ou pas se retrouver dans le rapport annuel. Donc, ça peut demeurer des avis privés. Je ne sais pas que les conseils, autant le Conseil santé et bien-être que le Conseil médical ou que d'autres conseils, ont, si vous voulez... C'est un précédent, pour moi, là, de voir ce choix de décider que c'est un avis privé ou un avis public. Est-ce que les choses doivent en rester ainsi ou faut-il fortement recommander que, pour la bonne crédibilité du Commissaire... Imaginez-vous, un avis privé qui ne serait pas transmis et qui coulerait dans les médias, ce que ça pourrait éclabousser le Commissaire si ça arrivait, avec cette perception d'assujettissement ou de sujétion au gouvernement. Est-ce que ça ne devrait pas être finalement une disposition comme celle qu'on retrouve dans les conseils où les avis sont transmis, mais, après un certain délai, sont publics?

La Présidente (Mme Charlebois): M. Lemire.

M. Lemire (Jacques): Écoutez, nous, ce qu'on croit, c'est qu'autant le rapport annuel que les avis doivent être publics.

Mme Harel: Oui, hein? Très bien. Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): Ça va? Mme la députée de Pontiac.

Mme L'Écuyer: Bonjour, Mme Martel, Mme Amziane, M. Lemire. Merci pour le mémoire. Votre mémoire fait souvent référence au caractère comptable des responsabilités dévolues au Commissaire, hein? Vous suggérez, pour corriger un peu cette perception, que soient inclus dans le projet de loi les volets prévention, promotion, au même titre que les préoccupations qualité, accessibilité. D'après vous, quelle devrait être l'étendue de la portée de l'implication du Commissaire en matière de prévention, promotion de la santé et bien-être?

M. Lemire (Jacques): Écoutez, de ce côté-là, nous, ce qu'on pense, c'est que tout argent investi en promotion et en prévention évite de façon importante les maladies et les problèmes de santé et de bien-être. Et, dans ce sens-là, lorsque vous nous demandez quelle devrait être la portée, nous, on pense que, du côté du Commissaire, il faut vraiment que cet élément-là devienne un élément important, parce que ce qu'on croit, c'est que le seul moyen finalement d'éviter l'augmentation, là, fantastique des coûts en santé, c'est de travailler à la promotion et à la prévention. Alors, c'est pour nous un élément important du mandat du Commissaire.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme la députée, allez-y.

Mme L'Écuyer: Merci, Mme la Présidente. Comment on peut faire l'arrimage de cette responsabilité avec celle qui existe déjà en santé publique, l'Institut national de santé publique, qui a déjà une partie de cette responsabilité-là, et comment faire l'arrimage avec le Commissaire?

Mme Martel (Marie-Claude): Bien, ça va toujours dépendre du rôle qu'on veut bien donner, là, au

Commissaire. Et, quand on dit un rôle, oui, d'évaluation, qui est le rôle plus comptable qu'on retrouve actuellement au niveau du projet de loi, nous, on veut y voir ajouter un rôle conseil. Et on aura des arrimages... vous aurez, au niveau collectif, à faire des arrimages avec effectivement, là, d'autres missions d'autres organisations. Mais, que l'on parle plus qu'une fois de prévention, de promotion de la santé, pour nous, ça ne pose pas de problème. Plus on en parlera, plus il y aura des avis, plus les gens, la population et les décideurs seront sensibilisés sur cette partie importante et souvent négligée du réseau de la santé et des services sociaux, plus on sortira collectivement gagnants de ça.

L'arrimage, on pourra le regarder, mais sûrement que, dans les rôles et responsabilités, il y aura à voir, là, à peut-être bonifier, au niveau de la santé publique, précisément le rôle de l'institut par rapport au rôle du Commissaire. Mais, on vous le redit, on est absolument inquiets sur toute la question de la promotion, de la prévention et on trouve qu'on en parle très peu, et ce, depuis plusieurs années.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Bernard: Merci, Mme la Présidente. Bonjour, madame, bonjour, monsieur. Je vais vous ramener brièvement sur le point, là, du forum des citoyens, parce qu'une des questions, là... Depuis le début de la commission, on parle beaucoup d'autonomie et d'indépendance du Commissaire puis, de votre côté, vous avez quand même peu élaboré, là, sur le concept du forum des citoyens. Parce qu'une des questions... J'aimerais savoir quelle est un peu votre vision de ce forum des citoyens, là, ou de conseil consultatif. Parce que actuellement, si on regarde dans le système parlementaire, les autres commissaires qui existent n'ont pas de conseil consultatif en tant que tel qui les encadre ou etc. Puis, on le voit, par exemple comme le groupe précédent, on dit avoir la... Le groupe qui a passé précédemment, on parle d'une participation citoyenne afin d'orienter et d'encadrer le champ d'action du Commissaire. Ça fait que, si on a un groupe de citoyens qui oriente et qui encadre le champ d'action du Commissaire, on ne parle plus d'autonomie nécessairement, à ce moment-là, et d'indépendance. Alors, vous, étant donné que vous êtes des acteurs du milieu, quelle serait, selon vous... devrait être la composition... ou la relation entre un conseil de citoyens ou un forum de citoyens et le Commissaire pour qu'il puisse quand même demeurer indépendant et autonome dans ses actions et dans ses libertés de pensée?

M. Lemire (Jacques): Je vais commencer par la fin, en vous disant que, pour nous, il est essentiel que toute décision... que tout citoyen soit au coeur des décisions dans le secteur de la santé et des services sociaux. On a toujours défendu, par exemple, la présence de représentants de la population au sein des conseils d'administration des établissements, et c'est la même chose au regard du forum des citoyens. L'élément principal ou la volonté première de la population au Québec et au Canada, c'est de faire en sorte que le système de santé fonctionne le mieux possible. Et, pour ça, à notre avis à nous, c'est essentiel que la population ait son mot à dire, et par le forum des citoyens et par bien sûr la représentation à l'intérieur des conseils d'administration.

La Présidente (Mme Charlebois): Ça va?

● (12 h 10) ●

M. Bernard: Oui. Ça, je comprends très bien ce volet-là, mais au niveau du Commissaire, c'est quand même une... c'est un niveau beaucoup plus supérieur, puis, comme je disais, à ce moment-là, oui, un forum des citoyens, mais quel devrait... est-ce qu'il devra, ce forum-là, avoir un rôle d'orientation et d'encadrement du champ d'action du ministère ou tout simplement à titre consultatif?

Mme Martel (Marie-Claude): Il faut toujours regarder d'où on part pour savoir où on veut aller, et là, moi, je prends pour acquis qu'on part de deux conseils: le Conseil médical et le Conseil santé et bien-être, où il y avait, un, des experts et des citoyens aussi, sur ce Conseil santé et bien-être. Il faut être capable d'avoir une représentation de la population. Est-ce que c'est au niveau décisionnel ou au niveau consultatif? Moi, je pense que, plus on tend vers le rôle décisionnel, plus on a de chances de sauvegarder un système de santé public à long terme, parce que c'est la préoccupation des citoyens. Donc, je pense qu'ils doivent faire partie d'un... ils doivent être sur un mode consultatif, mais on doit aussi, à la fois avec des experts, retrouver des citoyens préoccupés par le domaine de la santé et qui puissent orienter ou suggérer au Commissaire des grandes tendances ou des sujets d'évaluation ou de conseil au gouvernement. Alors, ça doit se placer aux deux niveaux.

M. Bernard: Tout à fait.

La Présidente (Mme Charlebois): Ça va?

M. Bernard: Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. Lemire, Mme Martel et Mme Amziane, d'être venus nous présenter votre mémoire.

Alors, je rappelle aux députés qu'ils peuvent laisser leurs choses, parce que la salle va être barrée jusqu'à la reprise des travaux, et je suspends les travaux jusqu'à 15 h 30.

(Suspension de la séance à 12 h 12)

(Reprise à 15 h 28)

La Présidente (Mme Charlebois): Bonjour et bienvenue à la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle que, cet après-midi, nous allons entendre la Fédération des médecins spécialistes du Québec et Fédération des médecins résidents du Québec. Et, ensuite, nous allons entendre la Fédération des médecins omnipraticiens — j'ai donc de la misère avec ce mot-là, M. le ministre — du Québec.

Alors, nous allons débiter avec la Fédération des médecins. Juste avant, je voudrais vous rappeler que, pour la bonne marche de nos travaux, l'usage des téléphones cellulaires et téléavertisseurs est interdit dans cette salle. Alors, je demanderais aux personnes qui en font usage de bien vouloir les fermer pendant la séance.

Et je vous rappelle aussi le mandat de la commission par ailleurs. La Commission des affaires sociales est réunie afin de poursuivre la consultation générale et les auditions publiques sur le projet de loi n° 38, Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être.

Maintenant, nous accueillons le groupe de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et la Fédération des médecins résidents du Québec. Et je crois que c'est le Dr Yves Dugré qui prendra la parole. Et je vous signale que vous avez 20 minutes pour faire la présentation de votre mémoire; ensuite, il y aura des échanges avec les parlementaires. Et je vous inviterais à nous présenter les gens qui vous accompagnent.

**Fédération des médecins spécialistes
du Québec (FMSQ)
et Fédération des médecins résidents
du Québec (FMRQ)**

M. Dugré (Yves): Merci, Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes, MM. les parlementaires. La Fédération des médecins spécialistes et la Fédération des médecins résidents du Québec désirent remercier cette commission de l'occasion qui leur est offerte d'exprimer leur opinion sur le projet de loi n° 38, Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être.

Comme vous voyez, Mme la Présidente et M. le ministre, nous avons les gens en pratique et la relève en même temps, donc ça a été un projet commun, et le mémoire est commun. Et dans ce sens il sera présenté conjointement également avec le Dr Garceau, qui est président de la Fédération des médecins résidents. Donc, le 20 minutes sera utilisé par les deux présidents.

La Présidente (Mme Charlebois): Est-ce que vous pouvez nous présenter vos collègues?

● (15 h 30) ●

M. Dugré (Yves): Oui. Je suis accompagné du Dr Louis Morazain, à ma droite, qui est vice-président de la Fédération des médecins spécialistes, qui est orthopédiste à Saint-Jean, l'Hôpital du Haut-Richelieu; du Dr Richard Leblond, qui est secrétaire de la Fédération des médecins spécialistes et nucléiste au Complexe hospitalier de la Sagamie. Et ici, à ma gauche, vous connaissez le Dr Patrick Garceau, qui est résident en cardiologie et président de la FMRQ, la Fédération des médecins résidents du Québec. Et il est accompagné du Dr Pierre-Yves Anctil, qui est résident en anesthésiologie et secrétaire de la Fédération des médecins résidents; et, à l'extrême gauche, du Dr Daniel Paquette, qui est résident en santé publique et trésorier de la même fédération.

Comme, selon l'habitude des deux fédérations, à chaque occasion que nous avons de nous présenter et de participer à une démarche pour améliorer le système de santé, tant du côté de l'organisation que de la qualité des soins, les deux fédérations sont présentes, et c'est dans cet esprit que nous nous présentons ici, à cette commission.

Nous traiterons de quatre sujets, principalement: d'abord, du processus de nomination dudit Commissaire, du caractère indépendant de ce poste, de la durée du mandat et de l'impact négatif de l'abolition du Conseil médical du Québec.

L'objectif de ce projet de loi de doter les Québécois d'un commissaire à la santé vient — et a été exprimé par la Fédération des médecins spécialistes à la commission Clair... d'avoir plus de transparence, plus d'indépendance et une certaine dépolitisation dans l'évaluation du système de santé. Et le discours même du Parti libéral a été dans ce sens-là jusqu'à tout récemment, et tous les intervenants, la

majorité des intervenants qui se sont présentés à la commission Clair allaient dans ce sens de doter le Québec d'un commissaire à la santé avec les mandats appropriés dont nous vous parlerons plus tard, mais qu'il soit indépendant du ministère de la Santé.

Sans cette indépendance, la crainte de la Fédération des médecins spécialistes est que ce Commissaire ne devienne qu'un autre sous-ministre ou une autre direction au ministère de la Santé, car il est nommé par le gouvernement et non à l'Assemblée nationale. Il perd l'indépendance requise dans ce poste qui est hautement éthique et qui a besoin d'avoir une notion de transparence et de distance par rapport aux impératifs de la politique. Évidemment, le mandat, qui est plus long, dépasse en général le mandat ou la durée d'un mandat d'un ministère de la Santé et des Services sociaux, du moins dans les dernières années, ce qui donne quand même une certaine latitude. Mais, au-delà des structures, il est important de voir que cette indépendance-là perdure et soit enchâssée dans le projet de loi.

La très grande majorité donc de ceux qui se sont présentés à la commission Clair vont dans cette direction d'indépendance et... dû simplement au fait que la santé est la priorité numéro un des Québécois et que l'importance du budget même donné dans ce Parlement, dans cette Assemblée nationale, de 41,7 % du budget, commande justement une indépendance par rapport à l'importance de ce sujet pour tout le monde. Ceux qui sont malades, ceux qui sont des patients déjà et ceux qui peuvent le devenir ont besoin d'avoir cette indépendance, et une reconnaissance qu'ils pourront parler en toute impunité, et que le mandat soit clair dans ce sens-là.

Concernant la durée du mandat, le fait qu'il soit deux fois cinq ans, nous sommes d'accord avec cet élément-là, car il donne justement cette latitude et cette indépendance requises pour accomplir l'importance du mandat dans ce projet de loi.

Par contre, au début des années quatre-vingt-dix, on disait — en tout cas, peut-être les médecins se disaient ça — qu'il y avait seulement un médecin au ministère de la Santé à l'époque. Et c'était le Parti libéral qui était là. Il y avait la réforme Côté, la loi n° 120. Et finalement, des discussions et des tractations, négociations, on a abouti avec un conseil médical dont l'objectif était vraiment d'avoir une présence médicale et un besoin d'expertise sur des gens du milieu et des médecins sur le terrain — pas seulement des médecins. Le Conseil médical était formé — et l'est encore, s'il vient qu'à être abrogé — de 15 membres dont la majorité, huit, selon la loi, devaient être des médecins. Et historiquement le nombre a varié autour de 10 médecins. Composaient aussi le Conseil médical: une infirmière, un gestionnaire d'établissement, un pharmacien ou une pharmacienne.

Donc, on avait un éventail d'individus qui étaient proposés par leurs groupes, soit les médecins résidents, les étudiants en médecine, le Collège des médecins, les fédérations médicales, les établissements, les universités. Donc, tout le monde était à peu près représenté et dans une façon non partisane ou, pour prendre une expression qui revient peut-être un peu moins, et j'en suis fort aise, un peu moins corporatiste — parce qu'on a entendu trop souvent cette expression — dans une présence vraiment en tant qu'individus, avec la connaissance de leurs milieux, mais leur expertise.

Donc, l'abolition du Conseil médical, c'est un élément dans lequel nous croyons qu'on fait fausse route

dans ce domaine en l'abolissant parce qu'on se prive vraiment de l'expertise de ces gens-là.

Si on regarde la somme de travail qui a été accomplie avec peu de moyens, à ce Conseil médical... D'abord, je dois rappeler que j'ai fait partie de la première cuvée du Conseil médical. Donc, j'ai été les six premières années là. Le Dr Garceau a été membre du Conseil médical y représentant les étudiants en médecine. Et le Dr Ancil y représente encore actuellement les médecins résidents, à ce Conseil médical. Donc, le nombre d'avis qui ont été écrits et qui ont été discutés est une somme importante de travail et qui a regardé les aspects les plus importants de l'organisation de la médecine ici, au Québec. De mémoire, rappeler tout simplement qu'au début on a parlé de notion de médicament requis, de système de planification des effectifs médicaux, et, déjà à ce moment, on parlait de changer le modèle de planification d'un modèle dit mathématique à un modèle basé sur un comité d'experts. Et nous en sommes à ce type de modèle-là: un modèle analytique et non pas basé simplement sur de la mathématique.

La notion de rémunération ou de réforme de la rémunération en première ligne, avec une notion d'inscription de la clientèle, c'est le modèle dans lequel on pense que les groupes de médecine familiale s'en vont. La rémunération en deuxième ligne selon la responsabilité, c'est le mode de rémunération mixte que nous connaissons actuellement. La caution de la... l'assurance responsabilité professionnelle et du «no fault» en médecine, c'est des choses qu'on entend parler encore. La question de l'organisation médicale dans les milieux universitaires vers soit des plans de carrière ou des plans de pratique, dont... incluant toutes les tâches qu'un médecin universitaire fait, soit la clinique, l'enseignement et la recherche. Donc... Et, dans les derniers, la responsabilisation du médecin et son engagement. Donc, autant de sujets qui sont extrêmement d'actualité, et particulièrement même, la hiérarchisation des services — on parle de la loi n° 25 — d'intégration de première ligne, donc ces éléments-là, d'éviter la duplication, d'avoir une hiérarchie dans les services, oui, médicaux, mais également dans les services soit dans les hôpitaux, CLSC, etc. Donc, autant de sujets passionnants et de sujets qui font actuellement l'actualité.

Donc, le fait de le noyer, de le faire disparaître, avec une intégration non formelle à l'intérieur du Commissaire à la santé, ne nous apparaît pas une bonne idée, et la fédération recommande de surseoir à cette décision d'abolir le Conseil médical. De garder ce Conseil médical là rattaché au ministre de la Santé, tel qu'il est là actuellement, avec les mêmes prérogatives de donner des avis sur tout ce qui regarde la pratique de la médecine, sera certainement un complément à la notion de Commissaire.

Donc, en somme, la Fédération des médecins spécialistes recommande... est d'accord avec la nomination d'un commissaire, trouve que c'est une excellente initiative, mais recommande de le garder dans sa forme initiale, donc indépendant, nommé par l'Assemblée nationale, et de ne pas abolir le Conseil médical, et de le demeurer non pas rattaché au Commissaire, s'il devait l'être, mais rattaché, tel qu'il est là, au ministre de la Santé. Et je vais laisser la parole au Dr Garceau pour compléter. Merci, Mme la Présidente.

M. Garceau (Patrick): Merci, Dr Dugré. Merci, Mme la Présidente. Au nom des 2 000 médecins résidents du Québec, j'aimerais insister sur quelques-uns des points qui

ont été soulevés par le Dr Dugré au cours de sa présentation.

D'abord, en ce qui concerne la dépolitisation de notre système de santé, comme un grand nombre d'organismes au sein du réseau, la Fédération des médecins résidents a, elle aussi, fait valoir l'importance de favoriser une gestion du système de santé exempte des changements d'orientations et des transformations en raison d'impératifs politiques. La fédération avait soulevé cette problématique lors de la commission Clair en proposant, notamment, la mise en place d'une société d'État de la santé, et nous n'avons pas cessé de rappeler l'importance d'une telle mesure depuis. Nous sommes d'avis que le ministre doit garder le cap sur les objectifs de dépolitisation du système de santé qu'il a formulés au début de son mandat.

● (15 h 40) ●

En effet, au printemps dernier, le Parti libéral soulignait, dans son programme sur la santé, et je cite: «Le Commissaire à la santé est aussi une réponse aux appels à une dépolitisation du réseau de la santé et des services sociaux[...]. Dans l'esprit des recommandations de la Commission Clair, ce Commissaire, nommé par l'Assemblée nationale et donc indépendant du gouvernement, disposera de l'autorité morale suffisante pour implanter concrètement une culture d'excellence et de performance dans l'organisation et le fonctionnement...» Fin de la citation. C'était tiré du programme électoral du Parti libéral au printemps 2003. Avons-nous besoin d'en dire plus?

La dépolitisation du système de santé aura également un impact sur la stabilité du réseau. Au cours des 15, 20 dernières années, le réseau de santé québécois a été secoué par un nombre incalculable de réformes, de modifications dont il ne s'est pas remis et dont nous n'avons jamais eu la chance de voir les résultats concrets. Nous, les médecins résidents, et nos collègues les médecins spécialistes, constatons les effets négatifs de ces décisions dans nos milieux, et ce, chaque jour. Tous les intervenants du réseau dénoncent depuis longtemps l'impact désastreux sur le système de santé de certaines décisions politiques et des changements de vision qui ont été amenés par les nombreux titulaires successifs du ministère de la Santé et des services sociaux au cours des dernières années.

Nous avons d'ailleurs fait valoir l'impact de ce climat d'instabilité sur la relève médicale, une situation qui a grandement affecté la qualité de la formation dans nos milieux universitaires. Notre réseau a besoin de stabilité. Au même titre que la transparence, la stabilité est une condition nécessaire à l'amélioration de notre système de santé. Malgré l'urgence que tous ressentent à favoriser des transformations qui amélioreront la situation dans les plus brefs délais, nous devons prendre le temps de considérer tous les aspects du problème. La venue d'un commissaire à la santé et au bien-être, nommé pour une période minimale de cinq ans, nous rassure à cet égard.

Par ailleurs, la profession médicale doit participer activement aux débats qui animent la société québécoise en matière de santé et de services sociaux. La FMSQ et la FMRQ le soulignent d'ailleurs depuis de nombreuses années. L'ampleur de la réforme qui a été amorcée et son impact sur les patients, les médecins et leur pratique commandent que la profession médicale soit partie intégrante du processus décisionnel en matière de soins et de services de santé.

Dans cette optique, nous réitérons notre demande, que nous faisons valoir dans notre mémoire conjoint, à l'effet de maintenir le Conseil médical du Québec. Si nous

voulons que les acteurs du réseau participent aux efforts de renouvellement du système de santé, ils devront y être intégrés, et ce, à part entière et participer aux réflexions et aux décisions qui affecteront le cours de son évolution.

Enfin, les médecins spécialistes et les médecins résidents croient que, dans le cadre de la réforme en cours, nous devons nous appuyer sur des valeurs incontournables et en faire nos principes directeurs. Transparence, imputabilité, impartialité, respect et défense des droits individuels et collectifs, ce sont ces valeurs qui ont été à la base de notre mémoire et qui doivent aussi, selon nous, guider le gouvernement dans la mise en place d'un organisme dont le titulaire aura pour mission d'évaluer le système de santé et de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce sont aussi ces valeurs qui nous permettront de renforcer les droits des citoyens et d'améliorer le processus décisionnel tel que le faisait valoir le Parti libéral dans son programme en santé, au printemps dernier. Ce sont également ces valeurs qui permettront à la population de croire en leur système de santé et d'y retrouver la confiance d'antan. Toute entorse à cette quête de transparence et de respect envers le citoyen ferait en sorte de créer encore une fois un autre organisme plein de bonnes intentions mais soumis aux impératifs ministériels, gouvernementaux ou politiques, et ce, sans aucun pouvoir.

Voici donc, en résumé, les recommandations de la FMSQ et de la FMRQ. L'état du système de santé québécois, l'ampleur de la demande et les limites de l'offre de service sur le plan financier, humain et matériel interpellent tant les gouvernements que les professionnels de la santé et la population. Nous devons trouver des solutions novatrices pour offrir aux Québécois et aux Québécoises un système de santé à la mesure de leurs attentes, tout en étant conscients du contexte économique, des besoins de la population et de l'évolution des valeurs de notre société.

Donc, pour assurer l'impartialité du Commissaire à la santé et au bien-être, sa neutralité politique et la transparence du processus d'évaluation et de recommandation pour lequel ce poste est créé, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et la Fédération des médecins résidents du Québec sont d'avis qu'il est nécessaire, comme nous l'avons souligné plus tôt, que le Commissaire soit nommé par l'Assemblée nationale avec l'assentiment des deux tiers des membres, comme c'est le cas présentement pour quatre titulaires de postes similaires au Québec, soit le Vérificateur général, le Directeur général des élections, le Protecteur du citoyen et le Commissaire au lobbyisme. Ces derniers sont entièrement autonomes, et les entités qu'ils représentent répondent à l'impératif de transparence et de crédibilité recherché auprès d'un commissaire à la santé et au bien-être.

Le Commissaire à la santé et au bien-être serait ainsi tenu de remettre ses rapports sur l'état du système de santé au président de l'Assemblée nationale, qui déposerait ce rapport à l'Assemblée nationale. Comme le Commissaire possède un pouvoir de recommandation et non d'intervention, cette mesure donnera au ministre une plus grande marge de manoeuvre pour prendre en considération les recommandations du Commissaire et mettre en place les mesures qui permettront de corriger le tir dans les différents secteurs d'intervention qui seront évalués et d'ainsi mieux répondre aux besoins et aux attentes de la population. L'ampleur du budget alloué à la santé et l'importance que revêt la santé pour la population québécoise obligent à cette transparence.

La Présidente (Mme Charlebois): En conclusion.

M. Garceau (Patrick): Enfin, la FMSQ et la FMRQ sont d'avis que le conseil du Québec doit être maintenu. Celui-ci a été créé pour assurer la contribution de l'expertise unique des médecins et d'autres professionnels oeuvrant au sein du réseau de la santé à l'amélioration de ce dernier. Son abolition privera le gouvernement d'un interlocuteur crédible en matière de gestion et de dispensation des soins et de qualité de l'acte médical, de même que sur le plan de la connaissance du réseau.

Mmes et MM. les commissaires, le système de santé québécois continuera d'évoluer et de se transformer, et tous devront assumer leur part de responsabilité et d'imputabilité dans ce contexte. À cette fin, la nomination d'un commissaire à la santé et au bien-être constitue selon nous un pas dans la bonne direction. Toutefois, il sera nécessaire de lui garantir une plus grande autonomie en confiant sa nomination à l'Assemblée nationale, comme c'est le cas pour les autres organismes d'évaluation et de plans d'action gouvernementaux. Si le Commissaire à la santé et au bien-être est nommé par le gouvernement plutôt que par l'Assemblée nationale, nous croyons que le ministre devrait retirer son projet de loi, car ce serait passer outre son engagement envers la population.

L'importance de garantir la transparence de la gestion du réseau et la stabilité de ce dernier ne peuvent que convaincre le gouvernement de nous donner l'assurance que le Commissaire à la santé et au bien-être pourra agir en toute autonomie. Je vous remercie de votre attention.

La Présidente (Mme Charlebois): ...

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Charlebois): Je m'en viens une présidente amusante, hein, ma foi?

Merci pour la présentation de votre mémoire. Je m'excuse s'il faut rentrer dans l'enveloppe de temps. Alors, on va débiter les échanges. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Bonjour, Dr Dugré, Drs Morazain, Leblond, Garceau, Ancil et Paquette. Merci de venir ensemble dans une belle démonstration de ce que j'appellerais un pont intergénérationnel, hein? Dans le débat démographique en cours, c'est une bonne chose à démontrer.

Je vais commencer par la question du statut, parce que c'est évidemment la question centrale autour de laquelle tous les mémoires tournent depuis le début des travaux de cette commission. Et bien sûr les écueils ou les deux rochers qu'on veut éviter, c'est, d'une part, le manque de crédibilité et, je dirais, de pertinence de la fonction et, de l'autre côté, la création d'une autorité exécutive parallèle, là, ou qui se substituerait au gouvernement, ou qui enchâsserait le gouvernement dans des choix qui deviennent obligés, alors que finalement c'est les élus qui doivent en avoir l'imputabilité finale.

● (15 h 50) ●

J'ai remarqué, dans vos remarques, que vous laissez donc la marge discrétionnaire bien sûr d'appliquer ou non les recommandations. Est-ce que vous pensez que la nomination par l'Assemblée nationale est en soi une garantie

d'impartialité et de crédibilité? Je donne, par exemple, la comparaison du Conseil médical du Québec, dont vous préconisez le maintien mais dont les membres sont nommés et dont personne ne met en doute l'indépendance; évidemment, le BAPE ou d'autres organismes du même genre. Je pose la question afin d'éclairer le débat, là, étant bien sûr ouvert, comme je l'ai déjà dit, à reconsidérer cette question.

M. Dugré (Yves): Le mandat du conseil et le mandat du Commissaire différent, là, je pense. L'ampleur du mandat que la population voyait dans les mains du Commissaire dépasse celui du Conseil médical, et je pense que les moyens qu'on veut lui donner aussi dépassent. Je pense que la question de la reddition de comptes et de voir l'état général du système de santé dépasse de beaucoup le Conseil médical. Dans ce cadre-là, on ne parle pas nécessairement de la même chose. Et la façon dont la population, je pense... Et comme nous l'avons proposé à la commission Clair, on voyait quelque chose d'assez imposant, comme Commissaire à la santé, d'assez costaud, compte tenu de l'ampleur des ressources qu'on met dans ça. Et c'est pour ça qu'on voyait que c'est plus important qu'il soit indépendant que le Conseil médical.

Le Conseil médical, déjà, c'est comme consultatif au ministre. Le ministre avait quand même une certaine latitude dans les délais pour rendre publics les avis. Il y avait une certaine notion politique dans la gestion des avis du Conseil médical. Mais, du côté du Commissaire, ce n'est pas ça que la population s'attend, ce n'est pas ça que les fédérations s'attendent non plus. Elles s'attendent d'avoir quelqu'un qui va être assez indépendant, qui peut aller... donc on s'attend à ce qu'il peut aller au-delà d'un impératif politique.

Je comprends la notion d'exécutif ou de quelqu'un qui n'est pas élu, qui est nommé et qui peut aller à l'encontre d'une politique pour laquelle la population a donné un mandat à un gouvernement ou à un parti de former le gouvernement. Mais vraiment on voit dans le Commissaire quelque chose de plus costaud que le Conseil médical, avec la possibilité justement de donner un avis qui peut être à l'encontre vraiment d'une décision qui aurait pu être prise politiquement, mais avec les conséquences ou non de le faire, comme on voit avec le Vérificateur général. Je ne pense pas que ça fait toujours l'affaire de ceux qui sont au pouvoir quand le Vérificateur sort des notions, des enquêtes, parce qu'il a le pouvoir d'enquête.

Donc, c'est vraiment à ça à quoi pense la population, c'est vraiment à ça à quoi on pense en tant que fédération: sans être un vérificateur général, mais ce serait un vérificateur général de la santé, jusqu'à un certain point, si on pouvait l'appeler. Puis je pense que ça transpose l'esprit dans lequel on voyait ce poste.

M. Couillard: D'autre part, les fonctions auxquelles vous avez fait allusion, celles qui sont actuellement nommées par l'Assemblée nationale, telles que le Protecteur des citoyens ou autres, la différence fondamentale, c'est que ces fonctions-là ne sont pas attachées à un seul ministère identifié, comme ce serait le cas pour le Commissaire. Cependant, compte tenu de l'importance relative dans le budget de la province, je pense bien qu'effectivement c'est un cas particulier qui mérite qu'on s'attarde à cette recommandation-là.

Vous avez fait allusion, dans votre présentation, et je ne crois pas que ce soit dans le mémoire, mais vous avez

mentionné que vous favorisiez, là, une société d'État type Hydro-santé pour s'occuper du système de santé. Je dois vous dire, moi, je suis fermement opposé à ça, justement en raison de l'importance du budget qui est consacré à la santé et dans le risque de voir là le système complètement sombrer dans l'arbitraire puis l'opacité. On a juste à voir ce qui arrive dans d'autres sociétés d'État, là, pour se rendre compte que c'est loin d'être une garantie, là, de transparence puis de reddition de comptes, de faire ce geste-là. Et justement, dans un système démocratique comme le nôtre, c'est important que ce soit transparent et que ce soit imputable et clairement imputable vis-à-vis la population. Et tous les jours, à la période de questions, quel que soit le parti politique au pouvoir, on répond à des questions sur le système de santé, ce qui ne serait pas le cas s'il y avait un mécanisme de ce type-là.

Mais je ne crois pas que c'était dans les recommandations du mémoire, mais c'est une opinion, je crois, qui a déjà été mentionnée. Mais je voulais en profiter pour soulever la question avec vous: est-ce que c'est partagé, cette recommandation de l'Hydro-santé ou de la société d'État santé, ou c'est une idée...

La Présidente (Mme Charlebois): Dr Garceau.

M. Garceau (Patrick): Oui. Bien, en fait, pour nous, je pense que le plus important, c'est vraiment d'avoir un horizon à long terme, un peu, d'avoir une dépolitisation, d'établir des priorités non pas pour la prochaine élection ou pour la prochaine année. C'est un peu dans cette optique-là, là, qu'on a donné l'exemple de société d'État de la santé.

La Présidente (Mme Charlebois): Dr Dugré, allez-y.

M. Dugré (Yves): Pour nous, nous n'avons jamais adhéré complètement à cette notion-là parce que, si on regarde ce qui se passe, notamment, en France en tout cas, où il y a des caisses santé, le ministre de la Santé est interpellé inévitablement. Je veux dire, la santé, c'est la priorité partout dans le monde. Donc, on croit qu'il y a les effets pervers et les bons effets d'être une société puis d'avoir un ministre. Si le ministre est élu démocratiquement, comme il l'est ici, au Québec, au Canada, bien, il peut être influencé d'un bord ou de l'autre côté. Il peut être des deux côtés. Donc, il y a l'endos et le revers de cette fonction-là, puis je crois que nous n'avons jamais adhéré vraiment complètement à cette notion-là. Mais la notion du Commissaire nous permet justement d'avoir une reddition de comptes indépendante et d'avoir un regard différent, et en gardant évidemment la prérogative exécutive et la mission du ministère de la Santé à l'intérieur du gouvernement.

M. Couillard: Et, lorsqu'on parle de la dépolitisation nécessaire du milieu de la santé... ce qui est une notion valable en soi, en autant qu'on fait la différence de ce qu'on appelle la politique, je le mentionne souvent, la politique qui est la détermination des grandes orientations d'une société et la vitalité, ça a toute sa place dans le système de santé, mais certains ont l'illusion que, parce qu'on dépolitiserait, entre guillemets, la santé, il n'y aurait plus de choix à faire et qu'on aurait un système, là, qui s'accorderait aux besoins et qui suivrait les besoins de façon linéaire. Or, les choix seront toujours à faire.

Je regarde même, dans votre délégation, il y a un résident en cardiologie puis un en santé publique. Si on avait une discussion entre eux, aujourd'hui, sur l'investissement prioritaire entre les défibrillateurs internes et les méthodes de prévention sur les maladies cardiovasculaires, on aurait probablement des sons de cloche assez différents, et c'est normal, parce qu'ils viennent de deux horizons différents. Mais il faut que quelqu'un fasse l'arbitrage, et je crois que celui ou celle qui doit faire l'arbitrage, c'est la personne qui est élue par la population pour en rendre compte.

Mais le rôle du Commissaire, c'est d'apporter l'éclairage éthique ou l'éclairage d'information qui manque actuellement dans la discussion pour la population. Est-ce que vous partagez cette opinion?

La Présidente (Mme Charlebois): Dr Dugré.

M. Dugré (Yves): Sur l'éclairage, oui, je pense qu'il a tous les mandats pour faire l'éclairage, de faire des commissions, de commander des études, etc. Mais c'est surtout le fait qu'il puisse émettre un rapport qui peut être à l'encontre d'une politique gouvernementale. Le gouvernement, lui, le ministre peut décider autrement, il peut avoir une interprétation, ou se présenter, ou faire valoir son point de vue devant la population, mais la population a besoin de sentir et... un avocat pour la population, dans ce cadre-là. C'est ce rôle-là surtout que nous voyons comme le Commissaire, qu'il puisse avoir justement, à l'occasion... parce que j'imagine que ça ne devrait jamais arriver, mais qu'il pourrait avoir à l'occasion une opinion divergente et qu'il puisse la présenter à l'Assemblée nationale. Je veux dire, dans ce cadre-là, je pense que le public et les patients sentiraient qu'il y a une garantie, dans le système de santé, de transparence.

Et vous avez raison quand vous parlez de dépolitisation: il y a une limite. La santé ne pourra jamais être en dehors de la politique, là, c'est sûr et certain. Avec la moitié du budget de la province dans ça, inévitablement, là, on touche à tous les pans de la société. Mais cette notion de transparence là apparaît dans la notion de Commissaire, et je pense que c'est dans cet esprit-là que nous avons adhéré, en tout cas, nous, la fédération, dans ce cadre-là.

M. Couillard: Maintenant, parlons un peu du Conseil médical du Québec. Vous avez fait état de la naissance de ce Conseil médical dont vous disiez avoir été, à l'époque, de la première cuvée, là, pour employer le terme que vous avez utilisé. À l'époque, effectivement, on cherchait avec la lampe de Diogène pour trouver un médecin dans le ministère de la Santé, là, je me souviens très bien de cette époque-là. Est-ce qu'il n'est pas vrai que la situation actuelle n'est plus la même, là? On entendait même remarquer que soit qu'on écoutait trop la voix des médecins soit que le problème, c'était leur provenance géographique au Québec. En tout cas, dépendant des fois, c'est...

M. Dugré (Yves): ...la même région. C'est sûr que la répartition n'est pas faite... La répartition géographique pourrait être améliorée. Peut-être, on pourrait en parler, mais...

M. Couillard: Est-ce qu'il n'est pas exact de dire que... Puis là je faisais des farces, là. Est-ce qu'il n'est pas exact de dire que, des médecins puis des médecins praticiens

qui ont traité des patients, il y en a au ministère actuellement? Il y a une personne qui s'occupe des effectifs des urgences qui a déjà été une médecin dans un CLSC en région, qui sait très bien c'est quoi, la réalité et il y en a d'autres également qui ont traité des patients. Est-ce qu'on ne peut pas dire également que l'esprit de partenariat dans lequel on travaille, notamment, dans la question des effectifs médicaux, est annonciatrice d'un nouveau climat, là, une relation qui fait que peut-être les besoins ou les conditions qui ont présidé à la naissance du Conseil médical du Québec se sont grandement atténuées maintenant?

La Présidente (Mme Charlebois): Allez-y, Dr Dugré.

M. Dugré (Yves): C'est vrai qu'actuellement on n'a pas besoin de les chercher, les médecins, au ministère de la Santé, vous avez parfaitement raison. Cependant, au-delà des personnes qui sont là, il faut s'assurer que la structure, elle, permet justement cette représentativité-là. Donc, le sous-ministre est un médecin, le directeur de la Sagamie est un médecin, vous êtes médecin. Mais, demain, qu'en sera-t-il?

Donc, il faut s'assurer qu'on ait cette permanence-là. Nous l'avons eue à travers plusieurs ministres de la Santé, à travers plusieurs gouvernements, en tout cas, deux gouvernements... trois gouvernements, en fait. Et dans ce cadre-là je pense qu'il faut s'assurer de cette pérennité-là, que ce soit enchâssé, que la structure du Conseil médical demeure. Actuellement, l'expertise médicale pourrait s'y retrouver, mais nous ne la voyons pas à travers un certain nombre de possibilités de consultation.

● (16 heures) ●

Nous, là, on a un organisme qui ne représente pas seulement des médecins, parce qu'il y a des gestionnaires d'établissement dans le Conseil médical, il y a des gens de tous les milieux: du milieu de l'éducation, des infirmières, je le dis encore une fois, du côté des pharmaciens. Donc, il s'agit de ces 15 personnes là qui participent à ça.

Je pense que ce serait... On n'a pas la preuve, loin de là, qu'on va améliorer notre situation en les faisant disparaître puis en la... à l'intérieur de toute la cohorte ou l'équipe du Commissaire à la santé. C'est pourquoi c'est un des points très, très fermes de notre position de dire: Nous n'avons pas du tout la démonstration que, quant au Conseil médical, sa disparition, ça va être un plus, nonobstant le fait qu'actuellement il y en a, des médecins, dans l'organisation, puis je pense que... j'espère et je crois qu'avec le type de partenariat qu'il y en aura toujours, qu'il y en aura également. Je pense qu'au ministère de la Justice on n'a pas besoin de faire la démonstration qu'en général il y a quelques avocats. Donc, il faut vraiment que ça se passe comme ça. Ça n'a pas toujours été comme ça, mais il faut... Si c'est le cas, si c'est le désir de ce gouvernement-là que ça continue, il n'y a aucune crainte à garder le Conseil médical. C'est certain que ça va être un plus.

M. Couillard: Mais, si on prend également l'attitude, que, je crois, vous partagez comme beaucoup de Québécois, qu'il faut faire attention de ne pas multiplier les structures, là, puis le nombre de conseils, puis le nombre de structures-conseils qui ne donnent pas directement des services à la population, comme on a deux conseils qui évaluent ou orientent le système dans son ensemble, le

Conseil médical et Conseil santé bien-être, il nous a semblé logique d'y substituer le Commissaire.

Mais je suis d'accord avec vous qu'on ne trouve pas de façon explicite actuellement, dans la forme actuelle du projet de loi, ni le forum du citoyen, qui est le propre du Conseil santé bien-être, ni la participation, l'input de la profession médicale. Est-ce qu'il y aurait... Advenant le cas, Dr Dugré, où on gardait le cap, pour employer un terme célèbre, et qu'on conservait cette orientation d'annuler ces deux... d'abroger ces deux conseils pour le Commissaire, comment est-ce qu'on pourrait faire refléter dans la fonction de Commissaire la participation que vous souhaitez pour la profession médicale?

M. Dugré (Yves): On n'a pas vraiment pensé à une autre alternative, là.

M. Couillard: Non? Parce que le Conseil santé bien-être, eux, nous ont dit: Bien, ça nous fait de la peine qu'on ne soit plus là, mais, si par hasard on n'est plus là, bien on vous suggère au moins de mettre un forum du citoyen dans la structure du Commissaire pour que cette participation citoyenne continue à s'exprimer, de sorte que, pour la participation médicale, on pourrait également penser à des mécanismes semblables.

La Présidente (Mme Charlebois): Dr Garceau.

M. Garceau (Patrick): Moi, ce que je trouve sincèrement, pour avoir participé aux travaux des comités, c'est un brassage d'idées nouvelles sur des propositions qui ont été mises de l'avant. Notamment, je me rappelle, au départ, quand on a parlé d'augmenter les admissions en médecine, le conseil avait insisté sur l'importance de la formation, le nombre de médecins cliniciens pour enseigner aux nouveaux étudiants. Et puis je pense qu'il y a quand même peu de ressources, quand on compare à l'ensemble du budget de la santé, qui est investi pour les idées nouvelles et les orientations que le gouvernement pourrait retirer de ce conseil.

M. Couillard: On entend souvent des commentaires à l'effet que les gens sont satisfaits de la qualité des services reçus dans le système de santé et de services sociaux, mais ils déplorent les problèmes d'accessibilité. Or, dans cette optique-là, quelle serait d'après vous l'information, là, crédible et transparente qui serait la plus utile pour la population?

Je lance au hasard l'idée des listes d'attente. On en discute actuellement, où il y a un tel fouillis dans, je dirais, la collecte des données que c'est très difficile, d'un jour à l'autre, de suivre les chiffres correctement, et il serait certainement intéressant de s'atteler à cet aspect-là, spécifiquement. Mais on nous a dit également, plus tôt, qu'il fallait se méfier d'une approche purement comptable. Juste d'aligner des chiffres, ce n'est pas juste ça que la population veut savoir, elle veut savoir également les raisons pour lesquelles les priorités sont attribuées à telle ou telle partie du système. Donc, quel serait d'après vous le type d'information prioritaire à donner à la population, celle dont ils ont soif, là, actuellement?

La Présidente (Mme Charlebois): Dr Dugré.

M. Dugré (Yves): Les objectifs du mémoire... on a parlé de transparence. Si le budget était illimité... mais il ne

est pas, le budget étant un budget évidemment avec des contraintes. Il faut que cette transparence-là apparaisse pour que la population, les patients sachent exactement quel en est... que les attentes soient conformes à la possibilité qu'on peut offrir. Actuellement, on ne peut pas offrir tout, partout. Il manque des médecins, des omnipraticiens, des médecins spécialistes. Il y a un problème de financement. Donc, inévitablement, s'il y a une trop grande différence entre les attentes perçues ou vendues à la population et la possibilité de ce qu'on peut faire, c'est sûr qu'il y a une discordance entre les deux. Je pense que c'est ce rapprochement-là, parce que... sur la perception plutôt. Parce que, quand les patients reçoivent des soins, ils sont satisfaits, ça, on peut le voir, ceux qui pratiquent encore le voient. Donc, cet élément-là... Il y a toujours quelque chose à améliorer dans les établissements, là — je ne reviendrai pas sur les événements de cet hiver — mais c'est clair que ça, c'est un processus à continuer tout le temps. Mais je pense que c'est là qu'il y a un élément important.

Dans le rôle du Commissaire, avec le mandat qu'il a, les moyens qu'on lui donnera... Parce que tout dépend aussi du budget, des moyens qu'on lui donne. C'est facile de nommer un Commissaire avec peu de moyens ou peu de ressources, on aura peu de résultats non plus et on aura peut-être fait tout simplement fausse route. Dans ce cas-là, avec les moyens nécessaires, je pense qu'on est capables de travailler sur les choix qu'on a à faire. Et on le disait et on le dit encore, la santé, c'est: il y a un patient puis un médecin, un système en tant que tel, et la rencontre des deux doit se faire avec une perception correcte, donc il faut que cette adéquation-là se fasse.

M. Couillard: Parce que, sur la question de l'accessibilité, moi, ce qui me frappe, par exemple, c'est que, cette année, l'augmentation de productivité du réseau est spectaculaire en termes de nombre de chirurgies. On parle de 30 % de chirurgies de genoux, 17 % de hanches. Mais, si on regarde les listes d'attente, elles continuent à gonfler. Alors, ça nous amène à nous interroger sur le régime de ce mécanisme-là. Est-ce que plus de gens s'inscrivent parce qu'ils considèrent qu'ils ont maintenant la chance de bénéficier éventuellement d'un traitement? Est-ce qu'on fait une véritable priorisation des cas sur la liste d'attente? Est-ce que les informations sont valides? Est-ce que le Commissaire nous aiderait dans ce domaine-là?

M. Dugré (Yves): Ce n'est pas les sujets qui manquent, M. le ministre, certainement pas. C'est sûr qu'en santé on est dans un système public: si c'est disponible, ça va être consommé. Donc, c'est sûr que c'est un élément qui apparaît dans les listes d'attente. C'est une espèce de contradiction due au fait que dans le fond on augmente le pourcentage des chirurgies et que finalement les listes n'ont pas réduit.

C'est sûr qu'il y avait des gens qui étaient sur des listes non connues, là. C'est, de un, la nécessité de travailler sur ces listes d'attente là, d'une part sur comment les faire, essayer de les uniformiser pour savoir de quoi on parle, et évidemment de parler sur des délais acceptables, selon un certain nombre de pathologies, pour qu'on puisse dire «médicalement acceptable». Et, au-delà de ça, bien on aura une décision à prendre. Ça, ça va être un rôle du Commissaire de dire: Au-delà de tant d'attentes, qu'est-ce qui arrive? Est-ce que je peux m'assurer... Est-ce qu'on doit modifier les règles

canadiennes? Est-ce que le commissaire M. Romanow va faire la même logique au point de vue des cinq principes de Santé... du Canada? Ce seront ces questions éthiques, qui sont majeures, qui doivent être apportées par le Commissaire. Justement à cause de son indépendance, il ne sera pas vu nécessairement comme un programme d'un parti.

M. Couillard: Absolument. D'ailleurs, on a l'intention de s'engager dans cette voie-là, en partenariat, de clarification de cette question de l'attente au cours des prochaines semaines et des prochains mois.

Dans le rôle du Commissaire, un des mandats premiers qu'on veut lui confier, c'est l'élaboration de ce qu'on appelle une déclaration des droits des usagers, droits et responsabilités, en fait. Est-ce que vous êtes d'accord avec beaucoup de personnes qui vous ont précédés qu'il s'agirait là d'un mandat prioritaire pour le Commissaire ou vous pensez que ça devrait passer après d'autres mandats?

M. Garceau (Patrick): Bien, pour nous, c'est le principal mandat du Commissaire à la santé.

M. Couillard: Mais c'est parce que les discussions également ont mis en évidence la chose suivante: les droits existent, hein, dans les différents textes de loi, mais la population semble en être peu informée. Également, il n'y a pas l'aspect responsabilité, qui est le contrepois nécessaire du droit. Donc, on voulait en faire une, déclaration, qui informe la population de ces droits-là plutôt qu'un acte législatif en tant que tel. Est-ce que vous pensez que c'est justifié d'aller dans cette direction-là?

M. Garceau (Patrick): Ça peut être plus compliqué, par exemple, par rapport à appliquer la responsabilité des gens, les responsabilités de chaque citoyen. Je ne sais pas comment qu'on pourrait demander aux citoyens concrètement, là, ce qui pourrait s'appliquer.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. Dr Dugré, Dr Garceau, bienvenue au nom de l'opposition officielle, également, Dr Morazain, Dr Leblond et Drs Anctil et Paquette.

Alors, sur la question du rattachement du Commissaire à l'Assemblée nationale plutôt qu'au ministre, je dois vous dire que cette position, à date, nous en sommes à la cinquième journée d'auditions, et ça a été unanime: je ne crois pas qu'il y a eu un seul organisme qui se soit présenté sans que les porte-parole demandent en fait le respect de cet engagement. Alors, vous nous dites dans votre mémoire, à la page 20: «Si le Commissaire à la santé et au bien-être est nommé par le gouvernement plutôt que l'Assemblée nationale, nous croyons que le ministre devrait retirer son projet de loi, car ce serait passer outre son engagement envers la population.» Alors, je crois que cela... Par exemple, vous différenciez... parce que vous êtes parmi les premiers qui dites: Bon, bien, si ce n'est pas ce que vous aviez dit, c'est peut-être mieux de laisser en place le Conseil médical et le Conseil santé et bien-être. Est-ce que c'est ce qu'il faut comprendre?

● (16 h 10) ●

M. Dugré (Yves): Exactement. C'est que, rattaché au ministre, là, et comme je le disais tantôt, c'est que ça

peut apparaître comme une autre direction du ministère de la Santé. Il y a un risque vraiment de dérive dans cette direction-là, pas nécessairement dans l'intention aujourd'hui, mais peut-être dans le futur. Donc, on n'a pas cette garantie structurelle d'indépendance pour le faire. Parce que j'imagine que ce Commissaire à la santé et au bien-être, comme vous dites, ce n'est pas seulement pour un an, donc il faut voir dans le futur si on veut garantir cette indépendance-là. Il faut, mais vraiment, que ce soit indépendant, en cas de conflit. Il peut arriver un conflit entre un ministre... ça peut arriver. Donc, il faut que... Cette garantie-là est importante. Donc, si on ne le faisait pas, on ne voit pas pourquoi on irait de l'avant avec un Commissaire de moindre stature.

Mme Harel: Alors, j'aimerais aborder plus spécifiquement avec vous la question du Conseil médical, puisque sur celle concernant le Commissaire à la santé et son rattachement à l'Assemblée nationale, c'est un sujet qui a été, jusqu'à maintenant du moins en tout cas, abondamment discuté dans le sens que vous le souhaitez.

Alors, dans le mémoire que vous présentez, je retrouvais essentiellement trois choses, la première étant... que l'on retrouve en fait à la page 8, où vous dites: «Bien que nous soyons pleinement conscients que le ministre s'est dernièrement entouré de médecins au sein de la fonction publique, nous ne pouvons ignorer que c'est l'institution qui demeure et que ceux et celles qui la composent passent — vous l'avez réitéré tantôt. C'est pour cette raison qu'il faut maintenir le processus de consultation formel externe avec la profession médicale.» D'où votre recommandation de maintenir le Conseil médical.

Il y a aussi une autre raison qui milite en faveur, celle qui consiste à distinguer les genres, si vous voulez. Plusieurs de vos porte-parole qui vous ont précédés ont dit: Il y a une confusion des genres entre la fonction conseil et la fonction évaluation. La fonction conseil, elle était assumée par le Conseil médical, et le Commissaire nécessairement en priorité va avoir le fardeau, si vous voulez, d'une fonction d'appréciation, si vous voulez, ou d'évaluation des résultats, et il vaudrait mieux distinguer. Et, moi, en vous écoutant tantôt, je me disais que finalement, plutôt que... il faudrait peut-être utiliser le modèle dont vous nous parliez dans ce mémoire, à la page 10, là — je sais que vous en avez aussi parlé il y a déjà une semaine, mercredi dernier, à la Commission parlementaire de l'éducation — c'est-à-dire un modèle non pas basé sur... non pas un modèle mathématique, mais un modèle qui fait plus appel, si vous voulez... qui est plus analytique. Parce que, là, vous avez: modèle mathématique, deux pour le prix d'un, les deux étant l'abolition du Conseil médical et du Conseil santé et bien-être pour le prix d'un Commissaire, hein? Alors, ça, c'est un modèle comptable, mathématique, alors qu'il vaut mieux utiliser le modèle analytique: Que faisait-il? À quoi servait-il? Et faut-il, à ce moment-là, justement distinguer dans les fonctions?

Alors, moi, j'ai beaucoup apprécié votre mémoire parce que vous nous dites ce que faisait le Conseil médical. C'est le premier mémoire, là, qui nous le dit aussi clairement. Et vous nous dites entre autres que c'était dans un contexte non corporatif. Ça, vous avez insisté à la page 9 de votre mémoire. Le conseil a fourni une quarantaine d'avis. Vous en énumérez quelques-uns qui m'ont l'air d'avoir une importance considérable, surtout celui qui concernait le modèle à utiliser quant à la planification des effectifs médicaux. Alors...

Et l'autre aspect évidemment, c'est aussi qu'on perdrait, en écartant le Conseil médical, l'obligation qu'avaient les ministres de consulter le Conseil médical sur trois questions assez importantes: l'organisation clinique des soins, les politiques relatives à la main-d'oeuvre médicale et le cadre de référence de la répartition des effectifs. Alors, on voit bien qu'il y a une perte dans tout ça, et j'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Dugré (Yves): Vous avez raison. Selon la Loi sur le Conseil médical, le ministre était tenu de consulter le Conseil médical sur tout ce qui regardait l'organisation de la médecine. Il faut dire que ça n'a pas toujours, toujours été fait, là, mais...

Mme Harel: Est-ce que c'est... Souvent, c'étaient les médecins qui ne consultaient pas. Ceux qui étaient médecins ministres consultaient moins que ceux qui étaient... Non? Est-ce que c'est inversement proportionnel?

M. Dugré (Yves): Il faudrait regarder. Je ne partirai pas un débat. Je n'en ferai pas un débat, mais...

Mme Harel: Est-ce que c'était inversement proportionnel?

M. Dugré (Yves): C'est... On est... C'est risqué, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Dugré (Yves): Mais en général je pense que, la plupart du temps, j'ai été consulté. Donc, la loi disait que le ministre devait consulter sur tout ce qui regardait l'organisation médicale. On a énuméré tout ce qui regardait tantôt... la planification, l'organisation, la rémunération, etc. Et la planification des effectifs aussi... Le Conseil médical donnait un avis après... la table de concertation également, au ministre, sur les inscriptions en médecine, les cibles d'entrée en spécialité, etc. Donc, c'était un élément.

Et là-dessus je dois vous dire que c'est vraiment la distinction, vous l'avez bien faite, par rapport à l'évaluation, que le Conseil de santé bien-être faisait davantage. Puis il avait des outils pour le faire dans ce sens-là. Le Conseil médical, ce n'était pas vraiment cet article-là, c'était: donner des avis sur l'organisation en tant que professionnel dans le système. Le Conseil de santé était représenté, il y avait des médecins également au Conseil de santé bien-être, mais la fonction est beaucoup plus grande et regardait l'évaluation.

C'est pourquoi donc, dans ce cadre-là, je maintiens là-dessus que ce serait une perte pour la société médicale, pour les médecins, les résidents, les étudiants en médecine, de ce forum-là, qui à la fois permet de donner des avis pertinents au ministre, mais à la fois d'être une espèce de forum d'instruction. Parce que, je vous dis, personnellement, j'ai appris énormément au contact des 15, à discuter des grandes orientations du système. Au début des années quatre-vingt-dix, on parlait de la Nouvelle-Zélande et que le système de santé était en péril et puis qu'il fallait donc réformer, regarder tout pour être capable de garder un système public. Donc, on était au coeur d'une discussion importante, et ça été pour moi... et peut-être que mes collègues peuvent le mentionner aussi: ce forum-là est indispensable en dehors des cadres fédératifs de négociation. C'étaient vraiment des gens qui étaient rattachés d'une façon qu'ils

pouvaient transmettre l'information qu'ils connaissaient de par leurs fédérations, leurs associations, collèges, ou universités, ou doyens, mais... et faire un retour également.

Donc, pour cette raison, le Conseil médical, formé tel qu'il est, nous ne voyons décidément pas pourquoi qu'il serait démembré. Ce serait une perte, je pense, pour la population. En plus, ce sont des gens qui parlent au nom des patients. Il n'y a pas une approche de négociation corporatiste.

La Présidente (Mme Charlebois): Est-ce que...

Mme Harel: Oui. Je crois, Dr Dugré, que votre mémoire contient, je pense en tout cas, tous les arguments, et vous les reprenez, là, qui devraient en fait convaincre, hein, de la nécessité du maintien du Conseil médical.

La semaine passée, vous étiez en Commission parlementaire de l'éducation, et ma collègue Mme Marois, en fait la députée de...

Une voix: Taillon.

Mme Harel: Taillon. Je dis toujours... C'est parce qu'elle est à côté de moi, alors je ne l'appelle jamais Mme la députée de Taillon, c'est... mais elle est assise en Chambre...

Mais la députée de Taillon m'a fait parvenir l'échange que vous avez eu, et je me disais que le conseil avait joué un rôle important, justement. Dans l'échange que vous aviez, vous mentionniez que, dès 1991-1992, vous avez commencé à contester les études canadiennes sur les effectifs médicaux, études canadiennes qui disaient — 1991, je pense; c'était Barer-Stoddart, là — qui prétendaient qu'il y avait 1 000 médecins de trop jusqu'en 2016, n'est-ce pas, alors, ces études qui ont amené toutes les provinces canadiennes à réduire, hein, les inscriptions dans les facultés à partir de 1992, 1993, 1994 et jusqu'en 1998 où finalement, vous nous dites dans votre mémoire, où finalement le Conseil médical a donné un avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux du Québec et de remplacer le modèle mathématique qui avait prévalu jusque-là, qui prétendait qu'on avait un ratio au Québec de plus de médecins pour la population que dans le reste des autres provinces, et de le remplacer par un modèle basé sur le ratio démographique de population-médecins. Et vous nous expliquez bien, là, dans votre mémoire que ce... Finalement, c'est un avis important parce que c'est... La décision a été prise dès 1998, et, entre 1999 et 2003, c'est 64 % d'effectifs médicaux de plus qui finalement se sont ajoutés dans les inscriptions autorisées dans les facultés de médecine. Je pense que ça a été en grande partie grâce à l'avis médical... à l'avis du Conseil médical. Est-ce que c'est...

● (16 h 20) ●

M. Dugré (Yves): Entre autres. Je pense que le Conseil médical...

Mme Harel: La table aussi, c'est certain.

M. Dugré (Yves): La table de concertation. Le Conseil médical a été certainement un forum pour dire que le modèle devait être basé non seulement sur des ratios, mais sur la connaissance d'un comité d'experts. Sans nommer les comités d'experts, le Conseil médical avait fait un certain nombre de suggestions, mais c'est ce qu'on voit aujourd'hui avec la représentativité soit des agences maintenant, des différentes associations médicales — je parle pour la

Fédération des médecins spécialistes — la participation de la Fédération des médecins résidents, donc des gens du terrain qui, eux, sont là avec le ministère et la fédération. Donc, c'est un peu ce genre de forum d'experts là qui est là.

Évidemment, il y a des chiffres. Évidemment, il y en a, des nombres, parce que c'est trois anesthésiologistes à une place puis cinq à l'autre, puis il en sort 278, puis il y en a 180 qui quittent par attrition. Ce n'est qu'une mathématique dans le fond, mais, au point de vue pratique, ce qui sous-tend, c'est l'analyse des gens, des hommes et des femmes qui sont là, quel âge ils ont, quelle sorte de travail qu'ils font, puis dans quel milieu puis quel type d'organisation. Donc, dans ce sens-là, c'est un avis qui a été amené là.

C'est un exemple, il y en a beaucoup d'autres. Je veux dire, on n'a pas nommé les 40, mais on a nommé ceux pour lesquels on croit qu'il y a eu un impact. Et je reconnais des gens d'ailleurs qui en ont écrit quelques-uns ici, dans cette salle.

Mme Harel: Et c'était à partir juste de la pratique en fait et des besoins, hein? Finalement, c'étaient des nombres, comme vous disiez, mais c'étaient des nombres qui résultaient d'une évaluation terrain plutôt que d'un ratio mathématique.

M. Dugré (Yves): Voilà.

Mme Harel: Si vous me permettez, j'aimerais que le Dr Garceau, qui en a parlé, puisse nous dire si les valeurs auxquelles le mémoire fait référence à la page 16, ce sont les seules, là, sur lesquelles le Commissaire à la santé devrait s'appuyer, parce que je ne reconnais pas là, si vous voulez, les valeurs d'universalité, d'accessibilité, d'intégralité, de transférabilité, de gestion publique qui sont celles de la Loi canadienne sur la santé et que plusieurs porte-parole d'organismes ont demandé d'introduire dans une loi québécoise.

La Présidente (Mme Charlebois): Dr Garceau.

M. Garceau (Patrick): Oui. On en a mentionné quelques-unes, comme vous avez...

Mme Harel: Ce n'est pas exhaustif.

M. Garceau (Patrick): Non, c'est ça, ce n'était pas exhaustif. Et puis ce que je pense aussi, c'est que le Commissaire à la santé a besoin en même temps d'être un Commissaire où il devrait y avoir un brassage d'idées. Qu'on pense à l'apport du privé à travers notre système de santé, est-ce qu'il y aurait une façon, tout en gardant une accessibilité à la population, en améliorant l'accessibilité à la population, d'introduire la notion d'un partenariat public-privé? Comment que ça peut se faire? Dans le respect de quelles règles? Je pense que c'est un peu à ça que doit servir aussi le Commissaire à la santé. Puis ce n'était pas une énumération exhaustive, comme vous disiez, Mme Harel.

Mme Harel: Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Beauce-Nord.

M. Grondin: Merci, Mme la Présidente. Alors, on sait que le projet de loi n° 38, c'est pour établir le

Commissaire à la santé. On est tous d'accord... en tout cas, tous les groupes qui ont passé ici ont tous été d'accord pour que le Commissaire soit nommé par l'Assemblée nationale et non du ministre lui-même.

Mais, moi, j'aurais le goût de vous poser une autre petite question, parce que vous êtes des gens qui sont dans le milieu. Est-ce que présentement, dans le milieu de la santé... est-ce que nos équipements sont à la fine pointe pour accélérer les services de santé aux clients? Est-ce qu'on est en retard dans les équipements? Parce que souvent, quand on a des nouveaux équipements, on peut traiter beaucoup plus de patients qu'avec les anciens.

M. Dugré (Yves): Ça dépend vraiment avec qui on se compare. Je vais vous dire, c'est sûr qu'au point de vue pratique on a dit longtemps... J'ai parlé de la radio-oncologie. On a été vraiment en retard dans les années quatre-vingt-dix. En tant que tel, il manquait des radio-oncologues, des accélérateurs linéaires, etc. Actuellement, on a compensé ce manque, on a rattrapé. Du côté de l'imagerie médicale, c'est un monde qui va rapidement. Du côté de l'imagerie médicale, on a investi dans les résonances magnétiques, on le voit actuellement. Donc, on est en train de rattraper ce retard-là.

Mais c'est évident que... Pour avoir pratiqué dans ces périodes-là, l'année où on a réduit les budgets, où on a dit «déficit zéro» et qu'on était en budget fermé, c'est clair qu'on a pris un retard. Non seulement on n'était pas capable d'entretenir ceux qu'on avait, mais on ne pouvait pas acheter ceux qu'on avait besoin. Là, on est en mode rattrapage. Donc, il s'agit de le voir ainsi. Donc, il faut savoir... Il y a des milieux qui sont à flot, il y a des centres plutôt récents. En comparaison, Trois-Rivières, je pense qu'ils vont avoir un centre qui va être à date en tant que tel, mais il y a d'autres endroits... et puis ça dépend des secteurs.

L'informatisation est un élément dans lequel on n'est pas en avance nécessairement non plus, là. Donc, c'est surtout ça qui... pour le moment, à partir des équipements qu'on a, d'être capables de communiquer les résultats, soit en imagerie médicale ou en laboratoire, aux cliniques médicales, aux cliniques médicales affiliées d'omnipraticiens ou aux cliniques affiliées de médecins spécialistes, pour donner une plus grande accessibilité. La question de la télémédecine, il y a un petit piétinement, là, qu'il faut passer à travers, dans ce sens-là. Parce que, dans des régions plus périphériques, ce n'est pas qu'on ne veut pas, mais souvent on ne peut pas nécessairement avoir les effectifs en place à ce moment-ci. Donc, il faut y substituer par une accessibilité avec la télémédecine ou télésanté, quel que soit le nom, mais, disons, autant en imagerie médicale que dans d'autres spécialités. Donc, je pense, si on mettait l'accent actuellement, là, il faudrait mettre l'accent sur la question de l'informatisation, les PACS, numérisation et la transmission des données.

M. Grondin: On voit souvent... Quand on va dans les hôpitaux, on voit souvent les gens, on voit les employés souvent à la course, puis ça va d'un bord et de l'autre. Est-ce qu'il n'y aurait pas un manque dans l'organisation du travail? Est-ce que... Parce que, moi, il me semble, si on compare à une entreprise, quand tout le monde court d'un bord et de l'autre, on arrive à la fin de journée, on est bien fatigué, mais on n'a pas fait la moitié du travail que si on était bien organisé. Est-ce que... Dans le domaine de la santé, est-ce que ça peut s'appliquer? Je ne le sais pas. Je ne veux pas faire

rien contre les employés. Je trouve que les infirmières et les employés dans les hôpitaux, quand on va là, ils sont toujours débordés. Est-ce que...

M. Dugré (Yves): Bien, le seul commentaire que je pourrais faire, là, c'est apporter plus une spécialité qu'une autre, ou un groupe, là, mais je dirais que c'est le fait d'être urgentologue, de travailler en urgence, donc inévitablement ils sont pas mal toujours à la course, puis grâce à Dieu que ce soit comme ça.

M. Grondin: Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Merci, Mme la Présidente. Je veux profiter du fait qu'on compte parmi vous, messieurs, un spécialiste en santé publique pour soulever une question sur les fonctions du Commissaire et aussi sur l'abolition du Conseil santé et bien-être. Au chapitre II, article 10 du présent projet de loi, en quatrième alinéa, on lit: Le Commissaire «donne des avis au ministre sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, notamment par l'analyse rétrospective des impacts des politiques gouvernementales sur cet état, et il lui propose en conséquence des grandes orientations aptes à guider l'élaboration de la politique de la santé et du bien-être».

J'aurais comme deux questions, sans doute côte à côte, là. La première, c'est: En lisant votre mémoire, j'ai comme l'impression que vous vous êtes surtout attardés à la fonction surveillance du système de santé, alors que l'alinéa 4° nous donne plutôt une indication à l'effet qu'il y aurait aussi une surveillance de l'état de santé des Québécoises et des Québécois et nettement pas simplement du système de soins. Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus. Deuxièmement, j'aimerais entendre le Dr Paquette, si possible, sur son opinion quant à l'abolition du Conseil santé et bien-être que le projet de loi prévoit.

La Présidente (Mme Charlebois): Docteur.

M. Paquette (Daniel): Pour ce qui est du Conseil santé et bien-être, évidemment, à la lecture du projet de loi, on avait été surpris de l'abolition à la fois du Conseil médical et du Conseil santé et bien-être. Néanmoins, à ma connaissance, le Conseil santé et bien-être, dans son mémoire, n'a pas indiqué qu'il tenait mordicus à sa propre survie. Or, notre objectif n'était pas d'être plus catholiques que le pape non plus. En ce sens-là, on va se rallier aux gens qui s'y connaissent le mieux par rapport aux conseils dont ils font partie.

Si le Conseil médical est une entité qui... Vous me demandez de mettre mon chapeau de futur spécialiste en santé communautaire. Je vous dirais que le Conseil médical, de mon point de vue... du point de vue pédagogique de ma spécialité, fournit des documents très, très pertinents, dans notre formation, en organisation et en planification.

Pour la deuxième partie de la question, je ne sais pas si...

Une voix: Ça va très bien.

M. Paquette (Daniel): Oui.

● (16 h 30) ●

La Présidente (Mme Charlebois): Continuez, Dr Paquette.

M. Paquette (Daniel): La première partie de la question en fait est fonction de... Vous dites: Au niveau de l'état de santé de la population et non seulement au niveau de l'état des services comme tels. Je ne m'avancerai pas trop loin là-dessus, mais effectivement, du moment qu'on donne les moyens au Commissaire, à ce moment-là, de pouvoir élargir son mandat et de déborder des soins mais également de s'attaquer, disons, à tous les indicateurs de santé et tous les déterminants, je crois que ça peut être une bonne chose.

La Présidente (Mme Charlebois): Alors, je vous remercie. Merci, Dr Dugré, Dr Garceau, Dr Morazain, Dr Leblond, Dr Antcil et Dr Paquette, de votre présentation de mémoire. Et j'inviterais maintenant le groupe de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à prendre place.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Charlebois): Alors, bonjour. Dr Dutil, je vous invite à présenter votre mémoire, auparavant nous présenter vos invités. Vous avez 20 minutes pour présenter votre mémoire, et par la suite ça va être suivi d'une période d'échange entre les deux... bien, les trois groupes... les trois formations.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Dutil (Renald): Merci. Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, Mme Harel, mesdames, messieurs, d'abord, je vous présente ceux qui m'accompagnent: Dr Louis Godin, à ma droite, qui est le premier président de la fédération; et Me Pierre Belzile, qui est du contentieux de la Fédération des omnipraticiens du Québec.

Alors, je vous remercie d'emblée de nous recevoir en commission parlementaire. Vous allez entendre beaucoup de commentaires qui ressemblent étrangement à ceux qui nous ont précédés, ce qui m'amène à vous dire et à vous rappeler qu'il existe beaucoup de pensées communes au sein de la communauté médicale.

Alors, le projet de loi n° 38 est un projet qui s'inscrit dans la foulée des énoncés politiques que l'actuel gouvernement a mis de l'avant au cours de la dernière campagne électorale. L'idée de créer une charte des droits des usagers et des responsabilités des patients avait été avancée, et d'avoir un Commissaire à la santé indépendant qui était en quelque sorte... assumait en quelque sorte un rôle de vérificateur du système de santé apparaissait une proposition intéressante à la Fédération des médecins omnipraticiens. Cependant, lorsqu'on étudie le projet de loi n° 38, on se rend bien compte qu'il est fort loin de cette proposition du Parti libéral qui forme le présent gouvernement.

Alors, on nous propose, oui, un poste de Commissaire à la santé mais un poste qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux et non pas de l'Assemblée nationale. Le titulaire de ce poste aura un mandat très large. Il sera appelé bien sûr à conseiller le ministre sur les grands enjeux de notre système de santé et de services sociaux, et son mandat... J'hésite à le lire au

complet, car je ne veux pas amputer trop de mon temps de présentation, mais il aura à présenter des avis, des recommandations sur un grand nombre de points, sur la performance du système, sur l'atteinte des résultats attendus, sur les orientations données au système, les améliorations possibles, la qualité des services qui en découlent, leur accessibilité, leur caractère intégré, leur accessibilité, dont celui de l'accès aux médicaments, sur leur financement, sur les aspects technologiques qui les soutiennent, sur les aspects éthiques liés à la santé et au bien-être. Précisons également que le Commissaire à la santé et au bien-être se souciera également de connaître l'état de santé et de bien-être de la population québécoise.

Très, très large mandat, et je vous avoue notre préoccupation à l'effet... comment le Commissaire à la santé et au bien-être devra procéder pour en arriver à exercer tous ces mandats. Bien sûr, il pourra se doter d'une équipe. Il aurait des commissaires adjoints, il aurait une équipe. Il pourra faire des études, des sondages, procéder à des consultations. Des comités vont se mettre en place, s'adjoindre des experts, tenir des audiences publiques, même faire des enquêtes publiques. Ce sont donc des fonctions et des pouvoirs tous azimuts qui nous préoccupent, là, en termes de capacité, pour le titulaire et son équipe, de répondre à de tels mandats. Cette multitude de responsabilités est d'ailleurs bien rendue par le projet de loi, puisque ce dernier contient des dispositions expresses qui signent l'arrêt de mort du Conseil médical du Québec et du Conseil de la santé et du bien-être. Le Commissaire à la santé et les services sociaux intègre ce qui était leurs mandats à ses propres mandats.

Alors, je parle brièvement du rôle du Commissaire. C'est... Le Commissaire à la santé et au bien-être devait constituer le chien de garde d'une toute nouvelle charte des droits et des responsabilités du patient et remplacer, dans ce champ d'intervention, le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Du moins, c'était la proposition qu'on retrouvait dans le programme du Parti libéral.

Outre cette fonction, et étant totalement indépendant face au gouvernement, il devait également disposer des moyens et de l'autorité nécessaires pour étudier toute question qui intéresse la performance, l'organisation, le fonctionnement de notre système de santé et des services sociaux pour y réagir. Je vous l'ai dit tantôt, la fédération trouvait cette proposition quand même intéressante. Et c'est une proposition... c'est une structure nouvelle, oui, qui aurait permis en quelque sorte de dépolitiser un peu le système de santé et de renforcer le droit des usagers dans ce système.

Remarquez bien — je fais ici un corollaire — la fédération n'a jamais souscrit elle-même à ce concept d'Hydro-santé pour dépolitiser le système de santé. Bon. D'abord, on peut se demander, Hydro-santé par analogie à Hydro-Québec, est-ce qu'Hydro-Québec est dépolitisée? On peut se poser des questions, depuis ces derniers mois, hein? Alors, on n'a jamais tellement souscrit, nous, à ce concept. Un ministère qui draine au-delà de 41 % des budgets de l'État dans une mission qui est aussi spécifique, fragile et importante que celle de la santé et des services sociaux, moi, il m'est toujours apparu que la population va demander une reddition de comptes à ceux et celles qu'elle élit. Et c'est le ministre, à l'Assemblée nationale, qui est élu à ce chapitre et, qu'on ait une Hydro-santé ou pas, c'est toujours le ministre qui va se faire interpellé à l'Assemblée nationale. Au fil des années — je suis là depuis assez longtemps — je souhaite que nos ministres n'aient plus pendant à être

interpellés pour des problèmes très importants pour l'utilisateur qui les vit mais qui devraient être réglés à l'échelle locale ou du moins régionale.

Alors, ce commentaire étant fait, je continue. La première impression qui se dégage de la lecture du projet de loi n° 38, c'est que le Commissaire à la santé et au bien-être ne bouleversera pas la nature de plusieurs mandats qui, jusqu'à maintenant, en vertu des lois existantes, étaient confiés au Conseil médical du Québec, au Conseil de la santé et du bien-être et à d'autres conseils qu'on ne propose pas d'abolir, et je pense à l'Institut national de santé publique, je pense également au Conseil du médicament. Et d'ailleurs, j'en profite pour le dire, je pense que le mandat du Commissaire à la santé, si ce Commissaire existe, si on adopte ce projet de loi, devra être précisé, eu égard aux mandats qui sont accordés à l'Institut national de santé publique et au Conseil du médicament, pour ne nommer que ces deux organismes publics. Et la fédération ne propose pas de les abolir comme on se propose de le faire avec le Conseil médical du Québec et le Conseil de la santé et du bien-être, bien au contraire.

● (16 h 40) ●

Alors, le Commissaire saura-t-il traiter ces rôles autrement, de sorte qu'il en résulterait un souffle nouveau et amélioré dans la façon dont on doit analyser les grands enjeux que soulève la prestation des services de santé et des services sociaux? On le souhaiterait mais on en doute. Les mêmes rôles donc vont être concentrés entre les mains du Commissaire, un Commissaire qui va relever, je le répète encore une fois, directement du ministre, et non pas de l'Assemblée nationale, et auprès duquel on ne retrouvera pas nécessairement la présence de collaborateurs en provenance du milieu, et on déplore une telle situation.

On pourrait certes opposer à ces vues que le projet de loi n° 38 donne au Commissaire la possibilité d'enquêter sur les matières intéressantes et qu'à cet égard il a tous les pouvoirs et l'immunité prévus par la Loi sur les commissions d'enquête. Toutefois, est-ce que ce pouvoir d'enquête est réellement porteur dans la mesure où le projet de loi ne remet finalement pas en cause les fonctions et les pouvoirs que possède déjà le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux? On pose la question. Ce dernier est déjà investi du pouvoir de veiller au respect des usagers et des droits que la loi leur reconnaît. Il faut se rappeler que, dans la proposition, dans le programme du Parti libéral, le Commissaire à la santé intégrait, je veux dire, les pouvoirs du Protecteur des usagers. Le Protecteur des usagers peut même, actuellement, de sa propre initiative, intervenir face aux agissements des principaux acteurs du système et entreprendre, s'il l'estime nécessaire, des enquêtes en s'attribuant les pouvoirs prévus par la Loi sur les commissions d'enquête. Il peut de surcroît et à sa discrétion donner son avis au ministre sur toute question liée à l'amélioration de la qualité des services offerts à la population et recommander des mesures correctrices, s'il y a lieu.

De façon pratique, en quoi l'arrivée d'un Commissaire à la santé qui, je veux dire, dépend ou qui relève directement du ministre va-t-elle apporter une valeur ajoutée aux fonctions et aux pouvoirs que nos lois attribuent déjà à d'autres organismes? Et j'ai nommé ces autres organismes. Je vais parler un peu plus spécifiquement de la disparition de deux organismes consultatifs. Même si nos prédécesseurs en ont discuté longuement, c'est aussi une question très sensible pour la Fédération des médecins

omnipraticiens du Québec. Il faut davantage analyser la pertinence d'éliminer, sans plus de façon, deux organismes qui ont à leur actif plus de 10 ans d'expertise. On aurait souhaité qu'avant d'annoncer, à travers ce projet de loi, la disparition de ces deux organismes le gouvernement procède à davantage d'examen et de consultations auprès des divers milieux intéressés. Et ça nous aurait permis peut-être à tous d'avoir un certain recul et d'évaluer vraiment, là, l'apport, que je considère très positif, de ces deux conseils.

Les deux organismes dont on suggère la prorogation, il faut se le rappeler, sont composés de membres votants issus d'entités représentatives des milieux concernés, ce que ne prévoit pas le projet de loi n° 38. Et, à ce moment-là, on peut se demander s'il n'y a pas une perte au niveau de la démocratie dans le projet de loi n° 38. De manière plus singulière, le Conseil médical du Québec, on a dit tout à l'heure... Je ne vais pas tout répéter, mais ce conseil est né dans la foulée de la réforme législative de 1991, d'une reconnaissance gouvernementale voulant que l'État québécois ait tout à gagner des avis d'un conseil composé de médecins reconnus dans leurs milieux respectifs, mais aussi d'autres professionnels de la santé. Il y a 15 membres au Conseil médical du Québec, médecins, des infirmières, des médecins résidents, des pharmaciens également.

Et ce conseil, au fil des ans, a fait des travaux très importants. On a souligné tout à l'heure au-delà d'une quarantaine d'avis que ce conseil a émis et a donné à son ministre, au ministre de l'époque, des avis qui ont eu un impact très important sur les réformes qui sont en train de se mettre en place ou des réformes qui ont été mises en place ces dernières années. Et, si je parle davantage de la première ligne, par exemple, des avis sur de nouveaux modes de rémunération, sur de nouvelles modalités d'organisation, ce n'est pas étranger à la mise en place des groupes de pratique en médecine familiale. Des avis sur la hiérarchisation des services médicaux, ce n'est pas étranger à ce projet qu'on veut tous, je pense, mettre en place, de hiérarchiser notre système hospitalier, par exemple, et d'en arriver à créer des réseaux intégrés de services où les lignes de référence sont beaucoup mieux établies. Alors, la disparition d'un tel conseil, pour nous, est une perte.

Et on l'a souligné encore une fois, il est vrai, et on est bien conscients, et on est très heureux que maintenant, au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux, on compte plusieurs dirigeants médecins. En 1991, il faut se rappeler le contexte de l'époque, on les cherchait, comme on a dit tout à l'heure, les médecins, au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux. Maintenant, tant au niveau politique qu'au niveau administratif, on y retrouve beaucoup de médecins, et c'est tant mieux. Et certains de ces médecins, il faut bien le dire, je veux dire, ont eu un apport très important au sein du Conseil médical du Québec.

Mais, même si nous avons maintenant des médecins dans la structure, dans l'appareil, il m'apparaîtrait encore très important de maintenir le Conseil médical du Québec, qui est formé de professionnels de la santé extérieurs, représentatifs de leurs milieux, parce qu'ils sont recommandés par leurs milieux, qui ont une totale indépendance vis-à-vis la structure elle-même. Et leur mandat, qui est très large, leur mandat est de conseiller le ministre. C'est un mandat de conseil qu'ils ont, et c'est assez différent. Et, même les médecins qui dirigent le ministère de la Santé, vous me permettez de leur dire qu'en abolissant le Conseil médical du Québec ils vont se priver d'une expertise qui leur serait

très utile dans les difficiles fonctions qu'ils doivent assumer maintenant, comme dirigeants du ministère de la Santé. Alors, la fédération d'emblée plaide pour le maintien du Conseil médical du Québec, nonobstant le devenir, là, du Commissaire à la santé.

Alors — je veux terminer là-dessus — on déplore qu'il n'y ait pas eu un peu plus de consultations avant de présenter le projet de loi n° 38. Je comprends que cette Commission des affaires sociales est un forum et une tribune de consultation bien sûr, mais nous aurions eu davantage, les uns et les autres, je pense, à discuter bien davantage, là, des deux grands points finalement qu'on souligne, nous, comme d'autres organismes avant nous: l'indépendance du Commissaire à la santé par rapport au ministre, indépendance dans le sens qu'il devrait relever de l'Assemblée nationale plutôt que directement du ministre, et, d'autre part, la pertinence d'abolir les deux conseils dont j'ai parlé. Alors, nous souhaitons qu'à l'avenir le gouvernement... le ministère de la Santé consulte davantage ses partenaires et n'agisse pas avec précipitation dans de tels dossiers.

Alors, en conclusion, Mme la Présidente, nous, on estime que le projet de loi n° 38, dans sa teneur actuelle, n'apporte pas de plus-value significative par rapport au travail qu'accomplissaient jusqu'à maintenant d'autres organismes qui relèvent de l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Et ça nous semble d'autant plus vrai lorsqu'on examine en parallèle le programme électoral proposé en 2003. Nous sommes aujourd'hui fort loin du type d'organisme qui était alors annoncé. Et de fait, et de manière à ce qu'il puisse réellement se démarquer, il y aurait sans doute lieu pour l'heure de revoir les tâches d'un tel commissaire. Et je répète qu'il va falloir préciser ses mandats eu égard à, entre autres, deux organismes: l'Institut national de santé publique et le Conseil du médicament. Pour que ce Commissaire puisse exercer les fonctions et les pouvoirs qui lui permettraient de poser un regard librement critique sur l'état du système de santé québécois, encore une fois on vous répète qu'il devrait relever directement de l'Assemblée nationale.

Alors, je vous remercie de nous avoir permis de nous entendre, et on est bien sûr disponibles pour vos questions.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Dr Dutil. Nous allons débiter la période d'échange. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Merci, Dr Dutil, Dr Godin, Me Belzile, pour votre présentation. Évidemment, comme vous l'avez dit vous-même, il y a beaucoup de points qui ont été touchés dans les présentations précédentes, et je vais en amener certains spécifiques à votre présentation sur le terrain. Je me permettrais de dire en introduction... de réagir un peu à vos propos sur les consultations. Je pense que vous devriez reconnaître que les partenaires, dont la fédération que vous représentez, auront rarement été aussi consultés, aussi fréquemment, sur l'application des changements qui sont en cours dans le système de santé au Québec.

Il y a d'abord la question du Protecteur des usagers et de l'intégration dans les fonctions du Commissaire. Je dois dire qu'effectivement tous le reconnaissent, et on l'a expliqué nous-même dès le début, le projet actuel, tel que libellé, diffère de notre programme électoral sur deux points: d'une part,

le mode de désignation, de nomination puis, d'autre part, la question de l'intégration de la fonction Protecteur des usagers.

● (16 h 50) ●

Sur le premier point, la nomination, comme je l'ai dit à plusieurs reprises, depuis le début de cette commission, nous écoutons avec intérêt les commentaires qui sont faits ici, et la raison de cette commission, c'est justement de faire ça, écouter les commentaires des différentes organisations. Mais je crois par contre que, sur la question du Protecteur des usagers, l'orientation est correcte. On ne peut pas mélanger une fonction de protection des usagers, qui étudie fondamentalement la relation individuelle entre le citoyen ou l'utilisateur, et le système avec une approche macroscopique et systémique. Et je crois que, de ce côté-là — et d'ailleurs d'autres groupes nous l'ont fait également remarquer, ils sont allés dans le même sens — il n'y aurait pas nécessairement d'avantages à combiner les deux fonctions, que ça pourrait même apporter une grande confusion.

M. Dutil (Renald): Oui, sur ce point, M. le ministre, je suis d'accord avec vous. Même si le Commissaire devait relever de l'Assemblée nationale, je pense qu'il y aurait lieu de traiter à part le mandat du Protecteur des usagers. Alors, là-dessus, nous sommes tout à fait d'accord, et la fédération ne recommande pas, là... S'il arrivait que, je veux dire, on modifie le projet de loi n° 38 pour que le Commissaire à la santé soit nommé directement par l'Assemblée nationale, la fédération aurait également beaucoup de réserves à ce qu'il intègre dans ses fonctions celles du Protecteur aux usagers.

M. Couillard: Une question que vous avez soulevée et qui m'intéresse énormément bien sûr, étant le premier concerné, c'est la question que vous avez soulevée sur l'interpellation des ministres différents, des différents gouvernements, sur des questions que vous avez qualifiées de locales ou de régionales. Moi, j'y ai toujours vu effectivement un signe de dysfonction du système de santé, pas juste pour moi, pour mes prédécesseurs également, parce que ça montre que ce qu'on a appelé décentralisation, dans le passé, c'est un peu un acte manqué, là. C'est parce qu'on n'a pas vraiment décentralisé notre système de santé qu'on n'est pas capable encore de dire maintenant: Écoutez, ça, c'est un problème local ou régional, ça se règle localement et en région, et ici on discute des grandes orientations du système de santé. Est-ce que c'est ça que vous voulez dire?

M. Dutil (Renald): Oui. C'est exactement ça que je veux dire. Mais je veux illustrer également comment le système de santé, c'est un système qui est très, très fragile, hein, qui est présent, là, qui est présent dans la vie des citoyens et des citoyennes presque à tous les jours, pour certains et certaines d'entre eux. Et j'ai dit ça dans le contexte où on a présenté à d'autres commissions ce concept d'une Hydro-santé, comme si le ministre serait presque étranger à ce qui se passerait dans un ministère qui draine 31 % du budget de l'État et qui est au cœur même de la mission d'un État. Je n'y ai jamais cru et je n'y crois pas plus. Mais il m'apparaît aberrant, aberrant que ce soit le ministre qui soit interpellé à l'Assemblée nationale parce qu'à un moment donné il y a quelqu'un qui a séjourné pendant 48 heures ou 72 heures dans une salle d'urgence dû à une mauvaise organisation, il faut bien le dire, parfois de certains milieux ou encore une mauvaise organisation au niveau régional.

Alors, je pense qu'il y a des questions très importantes pour le citoyen qui le vit. Il ne faut pas banaliser, là, l'impact que ça a sur le citoyen. Mais je pense que les réponses et les solutions doivent non pas se retrouver sur le parquet de l'Assemblée nationale, avec toute la politisation qui va entourer ça, mais les réponses et les solutions doivent se trouver au niveau local de l'établissement ou encore de l'Agence de développement maintenant qui remplace nos régions régionales.

M. Couillard: Par contre, ce qu'il faut dire, c'est que certains de ces problèmes locaux et régionaux sont les reflets d'insuffisances du système en général.

M. Dutil (Renald): Oui.

M. Couillard: Prenons, par exemple, l'engorgement des salles d'urgence. Bon, on peut fort bien démontrer que c'est le reflet d'une première ligne insuffisante, ou de soins à domicile non suffisamment déployés, ou d'un hébergement également insuffisant, de sorte que là il y a lieu de répondre sur les grandes orientations et les priorités qu'on donne. Alors, où est l'équilibre entre les deux, là? Je trouve que c'est un sujet très, très intéressant et...

M. Dutil (Renald): On pourrait en discuter longuement, M. le ministre.

M. Couillard: Oui. Mais je vais vous donner un exemple comment, moi, je vois ça actuellement avec deux sujet d'actualité: le cas du CLSC de Pointe-aux-Trembles, de l'urgence, puis le cas de l'Hôpital de Lachine, que vous connaissez certainement très bien. Je pense que le rôle du ministre, dans un cas semblable, c'est de s'assurer que tous les outils disponibles sont mis à la disposition des acteurs sur place, que tout est là, toute la boîte à outils, là, est libérée, qu'il n'y a pas de contrainte artificielle ou inutile, et c'est aux gens sur place, dans la région et localement, d'en arriver à une solution finale. Est-ce que vous pensez que c'est une interprétation correcte?

M. Dutil (Renald): Je suis d'accord avec votre interprétation, puisque de tels problèmes arrivent très souvent sur ma table, et, nous aussi, comme organisme national, on est bien obligés de constater que souvent les solutions se retrouvent au niveau local. Par contre, il faut créer un cadre qui permette au local et au régional de régler de tels problèmes, de les prévenir surtout d'abord et, s'ils se présentent quand même, de les régler.

M. Couillard: Là, la profession médicale a un certain rôle à jouer elle-même, parce que, lorsqu'un de ces problèmes est présenté, avec un groupe de médecins qui menacent de démissionner si, moi, je ne fais pas ceci, ceci, cela, bien là on place le problème dans un contexte assez particulier, vous en conviendrez.

M. Dutil (Renald): J'en conviendrai, M. le ministre. Mais, si on discute du problème de Lachine, on va en discuter longuement. Et on peut bien accuser les médecins, là, mais regardez tout le contexte. Mais là il ne faut pas tomber dans le piège que je viens de dénoncer, c'est-à-dire qu'on règle en commission parlementaire quelque chose qui devrait se régler au niveau local et régional.

M. Couillard: C'est ça, bien je voulais justement illustrer la chose. C'est exactement pour illustrer ça, là, et faire prendre conscience à vous également, comme représentants des médecins, que ce déficit ou cette dysfonction de notre système qu'on vit actuellement, en termes d'interventions sur des sujets qui ne sont pas des sujets nationaux, généraux du système, cette situation-là a une origine multiple et pas seulement unifactorielle. Il y a plusieurs facteurs qui en arrivent à ça. En quittant la spécificité de Lachine ou de Pointe-aux-Trembles, là, il faut quand même reconnaître qu'il y a un changement de culture assez général qui est nécessaire de ce côté-là.

Vous avez mentionné les organismes existants, comme l'Institut national de santé publique, le Conseil du médicament puis l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. À mon avis, la distinction est assez claire, là. L'AETMIS se prononce sur des technologies individuelles, donne des avis là-dessus. Le Conseil du médicament se prononce sur des médicaments individuels puis l'application de la Loi sur l'assurance-médicaments, donne des avis là-dessus. Le Commissaire va commenter généralement sur la politique du médicament ou les priorités, va commenter généralement sur des choix éthiques à faire dans l'introduction des technologies. Il me semble que la distinction est assez nette, mais pensez-vous qu'on devrait la rendre plus précise?

M. Dutil (Renald): Je pense qu'on doit préciser le mandat du Commissaire à cet égard. Ce n'est pas le mandat du Conseil du médicament et de l'Institut national de santé publique, si je prends ces deux organismes-là entre autres, qui manque de précision. Mais, quand je regarde le mandat qui est attribué au Commissaire à la santé, ce mandat devra être précisé par rapport au mandat de ces autres organismes, de façon à éviter qu'il y ait du dédoublement.

Bon, on abolit deux conseils qui m'apparaissent importants, avec ce projet de loi là — il n'est pas trop tard pour renoncer à de telles propositions, soit dit en passant — mais on les abolit pour ne pas multiplier les structures et là, je veux dire, on conserve... Et Dieu sait qu'il faut les conserver, ces deux structures-là, mais on donne un mandat au Commissaire à la santé qui pourrait venir dédoubler ce que font déjà ces structures-là. Le Conseil du médicament a un mandat qui est bien précis, et il ne faudrait pas qu'en parallèle, je veux dire, le Commissaire à la santé travaille sur les mêmes sujets et qu'on en arrive à du dédoublement. Et c'est dans ce sens-là que je vous dis: Il y aurait intérêt à préciser le mandat du Commissaire à la santé par rapport à certains organismes, pas uniquement l'Institut national de santé publique puis le Conseil du médicament. Mais je cite ces deux-là parce que, connaissant bien leur mandat, je veux dire, c'est des mandats que je retrouve dans le mandat également du Commissaire à la santé. De façon plus générale, vous avez raison, mais il faudrait éviter les dédoublements.

M. Couillard: Dans notre esprit, la distinction est claire, mais elle aurait peut-être avantage effectivement à être précisée dans le texte. La question de la charte, vous y avez fait allusion, la charte, la déclaration des droits et responsabilités des usagers ou de la population. On parle de donner au Commissaire, comme premier mandat, d'élaborer ou de suggérer l'élaboration de cette déclaration-là. Est-ce que vous pensez effectivement qu'il s'agit là d'un mandat prioritaire par rapport à d'autres, là, pour le Commissaire?

M. Dutil (Renald): Oui, je pense que c'est une idée très intéressante, là, d'élaborer une charte du droit des usagers et des responsabilités également des usagers. Je pense que c'est une idée très intéressante, qui mérite d'être retenue et d'être élaborée. Je ne crois pas que c'est ce qui va solutionner tous nos problèmes. Je ne suis pas un chartiste d'emblée, là. Ce n'est pas parce qu'on va afficher une charte sur les murs de nos salles d'urgence que ça va rendre le séjour sur une civière très étroite, dans un corridor encombré, plus agréable. Bon. Mais, il y a... ça permettrait de rappeler que les usagers ont des droits, et ils ont des responsabilités aussi. Et il faudra qu'il y ait un suivi, il faudra l'appliquer, cette charte-là, et cela, le Commissaire à la santé pourrait jouer un rôle très intéressant à cet égard-là.

M. Couillard: Quant aux deux organismes-conseils dont le projet de loi prévoit le remplacement par le Commissaire, effectivement il ne s'agit pas, pour nous, de multiplier les structures, et je ne pense pas que les citoyens seraient nécessairement d'accord à ce que des ressources budgétaires qu'on sait limitées soient affectées au développement de nouvelles structures.

● (17 heures) ●

Ceci étant dit, le Conseil santé et bien-être, par exemple, un peu la mort dans l'âme, nous suggère au moins de conserver à l'intérieur du Commissaire un élément de forum et de représentation citoyenne pour y refléter ce qui était le propre de leur organisation. Est-ce que vous nous amèneriez... Advenant le cas où on garderait le cap, là, est-ce que vous nous suggèreriez de faire ce genre de modification?

M. Dutil (Renald): Alors, en quoi est-ce qu'on va alléger les structures? Ce n'est pas mauvais, comme idée. Si on nous abolit, à tout le moins, créons un forum. Il serait peut-être plus simple de garder les deux conseils en question, puisque, si on crée un forum pour la santé et le bien-être, si on crée un forum conseil médical, ça veut dire qu'on a besoin d'expertise de gens externes. Gardons donc les deux conseils qu'on a, qui fonctionnent bien, qui ne sont pas des structures très lourdes, soit dit en passant, là, je veux dire, et qui ont produit des avis très intéressants et très pertinents, et qui donnent des résultats aujourd'hui. Parfois, ce n'est pas évident au départ, les résultats, mais aujourd'hui on voit comment de plus en plus on s'appuie sur les avis du Conseil médical du Québec dans la réorganisation des soins.

Alors, moi, je veux bien, si on les abolit, qu'il y ait un forum, mais vous savez, ce serait, bon, un prix de consolation. Pourquoi abolir le Conseil médical du Québec à ce moment-là? Aussi bien le garder, il a 10 ans d'expertise... 12 ans d'expertise.

M. Couillard: Ce n'est pas parce que quelque chose a 10 ou 12 ans que nécessairement ce doit être éternel, là. Mais il n'y a rien...

M. Dutil (Renald): Non. Les ministres en savent quelque chose.

M. Couillard: Et voilà. Puis il y en a qui ont duré pas mal moins que ça, comme vous le savez.

M. Dutil (Renald): Pas mal.

M. Couillard: Hein? Mais il n'y a rien qui empêche le Commissaire, dans le texte actuel, de consulter les organisations, les médecins, la population, de consulter le...

M. Dutil (Renald): Je comprends très bien. Mais le Conseil médical du Québec, là, il est formé de gens représentatifs de leurs milieux, recommandés par leurs milieux, externes à la structure du ministère de la Santé — externes dans le sens que ce ne sont pas des employés du ministère de la Santé: il y a le président du conseil qui avait, bon, une permanence à cet égard, mais les 14 autres professionnels constituant ce conseil... C'est vraiment un conseil externe indépendant, là. Et, le Dr Dugré le disait tout à l'heure avec pertinence, les personnes passent, mais les structures persistent. Et ce conseil, cette indépendance du conseil, cette expertise externe pour conseiller ceux qui sont dans les structures, ça m'apparaît regrettable qu'on songe à y mettre fin.

M. Couillard: Mais je trouve ça intéressant que vous remarquiez l'indépendance totale de ce conseil-là, alors qu'il s'agit de gens nommés. Donc, il n'y a pas nécessairement une contradiction entre le fait d'être nommé ou désigné par un organisme ou l'autre et le maintien d'une indépendance d'esprit.

M. Dutil (Renald): C'est-à-dire que je respecte beaucoup les personnes qui ont fait... ils sont recommandés par les organismes, les divers organismes, et le ministre les nomme, c'est vrai, après recommandation des divers organismes. Ils n'ont pas une relation d'employés-employeur, là, envers le ministre, ou le ministère de la Santé, ou envers le gouvernement, là. C'est un conseil externe. Je ne prétendrai pas que tout ce que le ministre nomme, je veux dire, est entaché, là, de partialité. Ce serait un peu gros.

Mais pour ce qui est du Commissaire à la santé, quand je regarde l'importance de la fonction qu'on va lui accorder, et surtout quand je me rappelle le concept en arrière de la création d'un tel poste — il se retrouvait dans le programme du Parti libéral, dont vous faites partie — c'était vraiment pourquoi on voulait qu'il soit nommé par l'Assemblée nationale, comme le Protecteur du citoyen, comme le Directeur des élections, et ainsi de suite: pour s'assurer qu'il ait une totale indépendance, qu'il n'y ait pas non seulement conflit d'intérêts, mais qu'il n'y ait même pas apparence de conflit d'intérêts. Et il était nommé, hein, si on réfère au Directeur des élections, Protecteur des citoyens... les deux tiers de l'Assemblée nationale, donc c'est... je veux dire, ça présuppose un consensus de l'Assemblée nationale, et ça, c'est très fort.

M. Couillard: Effectivement. D'ailleurs, c'est une recommandation qui nous est faite par la totalité des groupes qui se sont succédé ici. Alors, on comprend bien que la symbolique attachée à ce mode de nomination là est très importante, je pense que ça ne fait pas l'ombre d'un doute pour les personnes qui sont assises autour de la table actuellement. Là-dessus, je pense que je pourrais céder la parole à mes collègues, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): Ça va? Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. Bienvenue, Dr Dutil, et Dr Godin, et Me Belzile. Alors, Dr Dutil, avec

toute l'expérience qui vous caractérise, en fait, vous nous dites: Il n'y a pas de plus-value, hein? Ça résume la chose, hein? Il n'y a pas de plus-value. Il y en aurait une si le ministre et son gouvernement... Parce que, je pense, c'est plus le gouvernement, je ne peux pas imaginer que le ministre n'a pas tenté de donner suite au programme libéral, c'est sans doute le Conseil des ministres qui l'a renvoyé. Mais il peut s'essayer encore, cette fois avec un appui unanime. Parce que ça a été unanime, devant la commission parlementaire, là, qui en est à sa cinquième journée, d'où que viennent les porte-parole des organisations. Que ce soit du milieu santé ou milieu bien-être, en fait, il y a un très, très fort consensus sur cette question du rattachement à l'Assemblée nationale.

Alors, moi, j'aimerais bien profiter de votre présence peut-être pour justement aborder la question du Conseil médical lui-même et aussi peut-être de l'aspect de la consultation.

Conseil médical, c'est une fonction conseil, alors que le Commissaire à la santé, il va avoir un très lourd fardeau, si vous voulez, qui consistera à évaluer des résultats. Alors, il y a une sorte de confusion entre les deux rôles. Le ministre disait, tantôt: Oui, mais il y a possibilité de consulter le Commissaire. Dans le fond, la différence, c'est que le Conseil médical, c'est sur une base continue et c'est dans un processus qui est formel, mais qui est aussi intersectoriel.

Je relevais tantôt le ministre, qui disait que rarement la Fédération des médecins omnipraticiens avait été tant consultée. Mais elle le fut dans un cadre, si vous voulez, de responsabilités spécifiques. Le Conseil médical, si je comprends bien le rôle qu'il a joué dans le passé, au cours des 13 dernières années, et les 40 avis qu'il a transmis, ce n'est pas un rôle de la même nature qu'une corporation ou qu'une fédération. Est-ce que c'est ça qu'on doit comprendre?

M. Dutil (Renald): Oui, je pense qu'on doit le comprendre comme ça lorsqu'on regarde bien le mandat du Conseil médical du Québec et également, là, son vécu des 12 dernières années. Ce conseil, qui est formé de gens bien représentatifs de leurs milieux, a quand même travaillé en toute indépendance par rapport aux organismes, par rapport à ceux qui recommandaient leurs noms et par rapport également au ministre, et c'était d'autant plus intéressant de lire leurs avis. On n'était pas toujours d'accord avec certaines des positions du Conseil médical du Québec, mais c'était intéressant d'avoir l'avis d'un tel conseil formé quand même de 15 personnes venant de différents milieux, représentatifs des milieux et qui travaillaient en toute indépendance. Nous avons nos... pas nos représentants dans le sens qu'ils devaient se rapporter à la fédération dans leur mandat, pas du tout, je veux dire, on recommandait des noms, et le ministre les nommait, mais ces personnes avaient une fonction conseil qui était indépendante autant des organismes qui avaient proposé leurs candidatures que du ministre qui recevait leurs avis, et c'était une fonction conseil.

Le Commissaire à la santé, il n'a pas une fonction conseil, et même s'il consulte les mêmes personnes qui faisaient partie du Conseil médical du Québec, les avis de ces personnes-là vont être filtrés, je veux dire, à travers le mandat du Commissaire à la santé, et le Commissaire à la santé, ce n'est pas un conseiller du ministre. Je ne comprends pas son mandat comme ça. C'est différent.

Mme Harel: Je pense que c'est le principe physique du tout différenciant de la somme des parties, parce que le

Conseil médical était le tout différenciant, en quelque part, de la somme des parties que constituent des fédérations, infirmières, médecins spécialistes, omnipraticiens. Et cette consultation... Certainement, que le Commissaire devra procéder à des consultations, mais il consultera à ce moment-là des entités, alors que là, à la différence... Quand je dis «de tout différenciant de la somme des parties», c'est le Conseil médical qui conseillait le ministre.

M. Dutil (Renald): Exact.

Mme Harel: Je ne sais pas... Moi, je suis portée à penser que le ministre comprend bien tout cela, mais qu'il est lié par des contraintes qui ne sont pas les siennes. Mais, j'imagine qu'avec tous les arguments, notamment ceux introduits par la consultation en commission parlementaire, et certainement avec l'appui de ses collègues parlementaires, il va certainement finir par convaincre son gouvernement de respecter ses engagements parce que, à défaut de quoi, la population peut se sentir piégée: on lui a promis une chose et puis on lui livre le contraire.

● (17 h 10) ●

Vous avez parlé dans votre mémoire, à la page 6, d'un repli sur... d'un danger en fait de repli sur soi de l'appareil gouvernemental et que finalement, au bout du compte, ça résulte en une réforme de structures. Et ça, ça revient beaucoup dans votre mémoire, cette idée. On la retrouvait aussi... Attendez. On la retrouve également à la page 5, quand vous dites: «Le gouvernement aurait [...] avantage à procéder à l'examen du contexte» avant de... Et vous parlez d'un minimum de consultation. Moi, ce que je comprends, c'est que, s'il avait choisi de respecter l'engagement qu'il a pris pendant la campagne électorale, on aurait pu dire que la consultation avait eu lieu, alors que là, manifestement, comme il a changé à 180 degrés, il n'y a plus de consultation qui aurait été requise. Est-ce que c'est comme ça qu'il faut lire votre mémoire?

M. Dutil (Renald): Bien, c'est un peu comme ça, oui. La consultation a eu lieu, si on parle de la proposition du Parti libéral, il y a eu toute une campagne électorale et, bon, je pense qu'on savait pertinemment, là, ce que véhiculait... et on a eu l'occasion en tout cas d'en discuter en cours de campagne, ce que véhiculait la proposition du Parti libéral eu égard à un commissaire à la santé. Alors, le projet n° 38 retient le nom, «Commissaire à la santé», mais, je veux dire, c'est un tout autre cadre qu'on lui donne. Ce n'est pas du tout la même chose.

Et, quand on dit que ça peut signifier un repli sur soi, sur l'appareil gouvernemental, encore une fois, je pense que la structure reprend à son compte tout, alors que là on avait des conseils extérieurs à la structure et qui fournissaient les avis, les conseils au ministre. C'est dans ce sens-là qu'on craint, là, qu'il y ait une espèce de repli de l'appareil gouvernemental, que la structure reprend tout à son compte et dise: Bien, on va consulter, on va créer des forums, etc., mais on va les créer à partir de... Bon, c'est la structure, les forums vont dépendre de nous, là, tu sais, ils n'auront pas cette indépendance de fournir des avis au ministre, qu'avaient le Conseil de la santé et du bien-être et le Conseil médical du Québec.

Mme Harel: Vous avez, tantôt, échangé avec le ministre sur les niveaux de responsabilité, n'est-ce pas, et

vous mentionnez qu'il était souhaitable que des cas individuels ne soient pas l'objet, si vous voulez, d'une interpellation à la période de questions ou à d'autres occasions, disons, à l'Assemblée nationale; c'est un peu ce à quoi on avait assisté au cours des dernières années. Mais ça dépend du niveau de responsabilité.

Je vais vous donner un exemple. Vous savez, on a vu ça dans les journaux récemment, une dame assez âgée, qui était octogénaire, a été renvoyée chez elle, de l'urgence où elle était, dans la nuit, en taxi, hein? On a tous vu ça. Je ne pense révéler aucun secret. C'était dans tous les journaux, etc. Et, moi, je ne prends pas comme responsabilité, en tant que porte-parole de l'opposition officielle, d'interroger le ministre, parce que, la responsabilité, c'est certainement là, à l'urgence, où le personnel a choisi d'envoyer cette dame. Ils n'auraient pas envoyé leur mère, hein? Ça fait qu'il faut toujours administrer comme si c'était un parent à qui on s'adressait. Ils n'auraient certainement pas envoyé leur mère ou leur tante à 1 heure du matin en taxi, toute seule, les pieds dans des... en plein hiver puis les pieds dans des pantoufles — voyons... — de carton, de carton, en fait. Bon.

Ceci dit... Mais, en même temps, Pointe-aux-Trembles, par exemple, hein, c'est autre chose, Pointe-aux-Trembles. Pointe-aux-Trembles, vous savez, c'est éloigné. Il faut toujours penser en termes de transport en commun, quand on pense Montréal. Il y a encore, dans l'est, 65 % des gens qui se déplacent en transport en commun. C'est 1 h 30, le plus rapproché d'un établissement hospitalier. Et le ministre a un pouvoir discrétionnaire. Il n'y en a pas d'autres qui l'ont. La régie régionale ou le directeur général de la régie n'a pas le pouvoir discrétionnaire que la loi a donné au ministre. Alors, seul le ministre peut l'utiliser, son pouvoir discrétionnaire. C'est pour ça qu'il me semble nécessaire de l'interpeller à l'Assemblée, parce que, si quelqu'un peut résoudre cette question-là maintenant, en vertu même des règles législatives qui nous gouvernent, c'est le ministre. Alors, est-ce qu'il n'y a pas justement nécessité également de prendre en compte, par exemple, qu'un cas individuel peut révéler, n'est-ce pas, une situation plus systémique?

M. Dutil (Renald): Oui, vous avez raison, Mme Harel, là, vous avez raison. Mais je suis toujours étonné lorsqu'un cas individuel, bon, pathétique, est soulevé à l'Assemblée nationale: le ministre est questionné sur ce cas individuel; comme par hasard, le lendemain, je veux dire, la solution est trouvée au sein de l'établissement. Si elle est trouvée le lendemain, au sein de l'établissement, elle existait probablement la veille, au sein de l'établissement en cause. Et peut-être qu'il faut rappeler à nos dirigeants locaux et régionaux qu'avant d'avoir recours au pouvoir discrétionnaire d'un ministre ou qu'avant d'amener le dossier sur le parquet de l'Assemblée nationale, à travers la période de questions, il y a des devoirs qui doivent se faire. Et je suis tout à fait d'accord que, souvent, ces cas individuels découlent d'un dysfonctionnement dans l'organisation de notre réseau, et ça, ça interpelle au plus haut niveau le ministère de la Santé, dont le ministre. Ça, je suis tout à fait avec vous.

Mais, dans plusieurs autres cas que j'ai vus, il y avait, au niveau local et au niveau régional, les outils voulus pour régler ces cas-là, bon, et ils n'étaient pas réglés. Et avec raison les familles, leurs représentants élus, députés parfois, apportaient le cas sur le parquet de l'Assemblée nationale. Le lendemain, on trouvait une solution, pas à travers un décret ministériel: l'établissement, se sentant pointé

publiquement du doigt, trouvait une solution. J'ai vu ça à plus d'une reprise, Mme Harel, et me je dis: il faut changer cette espèce de culture qu'on avait, bon, pour que le ministre... puis il y a demeurer responsable, mais que le ministre, à tout... bon, je veux dire, soit dans les grandes orientations, donne les moyens requis pour les régler là, ce qui n'est pas toujours le cas, là. On peut bien blâmer les dirigeants locaux et régionaux, là, mais parfois, là, je veux dire, ils n'ont carrément pas les moyens de les régler, ces solutions-là. Et des solutions, là, qui arrivent, là, par deus ex machina, comme on dit, là, parce que le ministre a donné un coup de fil et là ce qui n'était pas autorisé devient autorisé au niveau ministériel, il faut mettre fin à de telles cultures et, bon... Alors, il y a des devoirs à se faire au niveau ministériel bien sûr, mais il y a des devoirs qui doivent se faire également au niveau local et régional pour modifier cette culture, et on a à la modifier.

Et on a souligné, tout à l'heure, Lachine. Je pourrais vous en parler longuement, là. Le problème n'a pas débuté avant-hier, là, à Lachine, il est la résultante de bien des choses où il y a des décisions qui auraient dû être prises qui n'ont pas été prises. Et, en bout de piste, c'est toujours les médecins qui font les frais de ça parce qu'ils en arrivent tellement excédés qu'ils présentent leur démission. On ne peut plus travailler dans un contexte où on n'est plus capables d'être garants de notre qualité de soins. Bon. Il faut regarder, là, qu'est-ce qui nous a conduit à une telle situation, et là, je veux dire, ça peut interpeller pas uniquement les dirigeants locaux ou régionaux, mais les dirigeants au niveau du ministère de la Santé.

Mme Harel: Bon. C'est certain que la question qu'on se pose, c'est: quel est le rôle que le Commissaire peut jouer, là, dans ce domaine? Parce que, tantôt, en écoutant l'échange, je me disais: De plus en plus, ce n'est plus à l'Assemblée nationale que ces cas individuels vont interpeller le ministre, c'est devant les tribunaux. Et je recevais, aujourd'hui, la lettre envoyée par la famille Boisvert-Simon, dans le cas, vous savez, d'une patiente, là, qui est décédée maintenant mais qui était hospitalisée, je pense... c'est-à-dire qui était... qui se retrouvait au CHSLD trifluvien, là où le ministre a mis la tutelle, là... Cooke, le pavillon Cooke. Et je recevais cette lettre, qui a été envoyée le 13 octobre. Mais la famille me disait: «Nous avons communiqué avec la [...]». Nous avons formulé des plaintes à la directrice de l'unité de soins Cooke, à la directrice des soins, à la directrice générale, au commissaire local aux plaintes, au comité de la protection des malades, au Protecteur des usagers et, enfin, au ministre de la Santé, au mois d'octobre dernier.» Bon, finalement, c'est ces visites, là, éclair, là, qui auraient permis, là, de mettre en tutelle, là, cette institution.

Mais, pour la famille, c'est évident que ça veut dire des années, là, de représentations. Et là je comprends qu'il y a maintenant Me Ménard qui est dans le dossier. Alors, on voit bien la dynamique, c'est une dynamique qui de plus en plus va faire appel à des avocats, comme peut-être Me Belzile, et puis ça va de plus en plus se présenter. Est-ce que c'est une bonne chose, la judiciarisation? Parce que c'est vers ça qu'on s'en va, là.

M. Dutil (Renald): Non, ce n'est pas une bonne chose. Je ne suis pas avocat, et Me Belzile m'excusera de

répondre comme ça d'emblée que, quand on judiciarise, c'est le plus mauvais moyen de régler un dossier. Par contre, je veux dire, les citoyens ont des droits, et il est tout à fait normal, et c'est un devoir, de leur permettre de pouvoir utiliser ce moyen-là si à un moment donné ils sont vraiment lésés.

• (17 h 20) •

Mais vous avez mentionné dans votre exposé, Mme Harel, différentes structures: le Protecteur des usagers, les responsables des plaintes dans nos établissements ou au niveau de l'Agence de développement. Moi, je pense qu'avant qu'un cas n'arrive à l'Assemblée nationale on devrait avoir utilisé d'abord ces structures-là. Et on les utilise mal, ces structures-là, pas à cause des usagers, là, les usagers sont mal informés et ce n'est pas de leur faute, c'est ceux qui doivent les informer qui les informent mal. Et les structures comme Protecteur des usagers, ou, bon, responsable des plaintes dans les établissements, ou l'agence régionale, c'est peut-être des structures qui fonctionnent de façon trop lourde.

Et, avant qu'un cas arrive sur le parquet de l'Assemblée nationale, je ne comprends pas, là, qu'à un moment donné, au niveau local, le responsable des plaintes n'ait pas, je veux dire, regardé ce cas-là et comment on le règle, ou au niveau régional, ou même le Protecteur du citoyen, qui a été... des usagers, là, plutôt — le citoyen, c'est d'autre chose — le Protecteur des usagers. Bon. Comment se fait-il que c'est le ministre qui est interpellé à l'Assemblée nationale, alors qu'on a quand même, au niveau de l'établissement, de la régie ou de l'agence, maintenant, puis au niveau plus national une structure pour protéger nos usagers? Est-ce qu'il n'y a pas moyen de regarder la façon... les mandats de ces structures-là et comment les alléger, les rendre beaucoup plus faciles d'accès lorsque de tels problèmes se présentent à l'échelle d'un établissement ou en dehors d'un établissement, puisque ça peut arriver également au niveau des consultations externes?

La Présidente (Mme Charlebois): Madame.

Mme Harel: J'espère que, dans le cadre de la révision, là, du régime de traitement des plaintes des usagers qui est en cours, présentement, que le ministre a annoncée en fin décembre dernier, j'espère que vous allez être consultés.

M. Dutil (Renald): Parce que le Commissaire à la santé pourra faire des grandes recommandations là-dessus, un peu... Bon, on le voyait un peu comme le vérificateur du système de santé, là. Il n'aura pas tout à fait cette indépendance-là, s'il relève du ministre, mais il pourra faire des recommandations. Mais il sera toujours dans le macro. Le citoyen, lui, l'utilisateur, lui, qui vit le problème, là, c'est aujourd'hui ou demain au plus tard qu'il a besoin d'une réponse. Et c'est cette ressource-là qui devra être beaucoup plus accessible.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Beauce-Nord, rapidement.

M. Grondin: Ça va être assez rapide. Écoutez, ça... Merci, Mme la Présidente. Vous emmenez un problème que l'on vit dans plusieurs domaines. Vous savez, quand on est élu, là... Moi, chez nous, puis je suis certain que, pour les autres députés, c'est la même affaire, s'il y a des trous dans le chemin, ils n'appelleront pas la ville ou la

municipalité, ils appellent le député, ils appellent là où ça fait le plus mal. Puis je crois que c'est une nouvelle approche que les citoyens ont prise: c'est les journalistes puis là où ça fait le plus mal. Ils sautent toutes les étapes. C'est sûr qu'il y a des organismes, il y a des... tout est en place pour régler le problème. Mais, quand ça sort sur la place publique, c'est plus dangereux, c'est plus tannant.

Le Commissaire à la santé, dans le projet de loi n° 38, si... On sait très bien qu'il va avoir besoin des adjoints, va avoir besoin de personnel. Comment est-ce que vous voyez ça, vous, si le Commissaire à la santé, au lieu de s'engager des adjoints ou tout un personnel, se servirait des services qu'il y a, là, comme le service du Conseil de la santé, le service des médicaments? Il serait juste au-dessus de ça.

M. Dutil (Renald): Bien, c'est la vision un peu qu'on avait, là, d'un commissaire à la santé, là, qui exerce une certaine... bon, qui chapeaute en quelque sorte ces organismes-là, qui est un rôle de vigie vis-à-vis ces organismes-là, je veux dire, tout en respectant leurs mandats, là, qui, à un moment donné, se situe à un niveau macro et qui exerce une certaine vigie, là.

Et c'est le rôle principal qu'on voyait à un commissaire à la santé: quelqu'un de très indépendant mais qui jette un regard critique sur les actions de ces divers conseils qui existent déjà — le Conseil du médicament, par exemple, je veux dire, qui a un mandat bien, bien précis, et on sait, là, toutes les problématiques qu'on a au niveau, là, de l'assurance médicaments. Bon. Et c'est ça, le rôle qu'on voyait, le rôle le plus intéressant et le plus important pour le Protecteur... le Commissaire à la santé.

Bon. Le Protecteur des usagers, on ne veut pas que son... on ne tient pas, encore une fois, à ce que son mandat soit intégré à celui du Commissaire à la santé. Mais le Commissaire à la santé, d'une façon plus macro, pourrait très bien dire, à un moment donné, même à ce niveau-là, là, je veux dire: Il y a des correctifs à apporter.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Dr Dutil, Dr Godin et Dr Belzile, de votre présentation de mémoire.

Et ceci met fin à la séance d'aujourd'hui. Alors, je vais ajourner les travaux de la commission jusqu'à demain matin, jeudi le 18 mars, à 9 h 30.

(Fin de la séance à 17 h 25)

