



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 10 février 2005 — Vol. 38 N° 99

Consultation générale sur le projet de loi n° 83 — Loi
modifiant la Loi sur les services de santé et les services
sociaux et d'autres dispositions législatives (2)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 10 février 2005 — Vol. 38 N° 99

Table des matières

Auditions (suite)	1
FADOQ — Mouvement des aînés du Québec	1
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	10
Regroupement provincial des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement (RPOCAA)	20
Barreau du Québec	28
Ordre des sages-femmes du Québec	39
Ordre des pharmaciens du Québec	46
Centrale des syndicats du Québec (CSQ)	54

Intervenants

M. Russell Copeman, président
Mme Lucie Charlebois, présidente suppléante
M. Camil Bouchard, vice-président

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
M. Vincent Auclair
M. Pierre Marsan
Mme Solange Charest

- * M. Ernest Boyer, FADOQ — Mouvement des aînés du Québec
- * Mme Martine Langlois, idem
- * M. Régis Paradis, OIIAQ
- * M. Georges Ledoux, idem
- * Mme Diane Levasseur, idem
- * Mme Jacinthe Thériault, RPOCAA
- * Mme Nathalie Lavoie, idem
- * Mme Nathalie Adams, idem
- * M. Serge Arel, idem
- * Mme Sylvie Champagne, Barreau du Québec
- * Mme Sophie Dorneau, idem
- * M. Jean-Pierre Ménard, idem
- * Mme Raymonde Gagnon, Ordre des sages-femmes du Québec
- * Mme Sandra Demontigny, idem
- * M. Jean-Yves Julien, Ordre des pharmaciens du Québec
- * M. Pierre Ducharme, idem
- * Mme Louise Chabot, CSQ

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 10 février 2005 — Vol. 38 N° 99

**Consultation générale sur le projet de loi n° 83 — Loi modifiant la Loi
sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2)***(Neuf heures trente-trois minutes)***Auditions (suite)**

Le Président (M. Copeman): À l'ordre! À l'ordre, s'il vous plaît, chers collègues! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Nous sommes réunis afin de poursuivre la consultation générale et les auditions publiques sur le projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Bachand (Arthabaska) va être remplacé par Mme Hamel (La Peltre); Mme Lefebvre (Laurier-Dorion) par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve). Voilà.

Le Président (M. Copeman): Merci. Je rappelle à mes collègues ainsi qu'à tout le monde dans la salle que l'utilisation des téléphones cellulaires est strictement interdite dans la salle pendant la séance. Et, moi, je continue à prendre note des scores, là: on a eu deux prises du côté de l'opposition, hier, et une du côté du gouvernement.

M. Couillard: Dans quel sens?

Le Président (M. Copeman): Au sujet de l'utilisation des cellulaires.

M. Couillard: O.K. Je pensais que c'était sur la force de l'argumentation.

Le Président (M. Copeman): Non, non, pas du tout, non. Moi, je ne commente... je ne commente jamais la force de l'argumentation de mes collègues.

M. Bouchard (Vachon): Je pensais que c'était sur les volte-face.

Le Président (M. Copeman): Non, non plus.

Bon, alors, je fais lecture de l'ordre du jour rapidement. Nous avons trois groupes ce matin. Nous allons débiter dans quelques instants avec la présentation du FADOQ, qui est le Mouvement des aînés du Québec, qui sera suivie par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Et nous allons terminer le matin avec le Regroupement provincial des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement. Suspension de 12 h 30 jusqu'à 14 heures, et je vous ferai lecture de l'ordre du jour dès notre reprise, à 14 heures, pour l'après-midi. Mais quatre groupes, alors une autre journée très chargée. Je remercie beaucoup mes collègues de leur rigueur et collaboration hier. Pour maintenir un horaire assez chargé, ça prend la collaboration de tout le monde, incluant nos invités, et ce fut le cas hier. Je suis convaincu que ce sera également le cas aujourd'hui.

Alors, sans plus tarder, en souhaitant bienvenue à M. le président Boyer, Mme Langlois, directrice générale du FADOQ, vous avez 20 minutes pour faire votre présentation. Je suis très sévère dans le chronométrage, alors je vais vous aviser quand il vous reste deux minutes, et après ça on va passer à la prochaine étape, qui sera suivie par un échange d'une période maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Sans plus tarder, je vous invite à débiter votre présentation.

FADOQ — Mouvement des aînés du Québec

M. Boyer (Ernest): Alors, bonjour, M. le Président. Je voudrais vous remercier également de nous avoir invités et également nous inviter et puis nous donner l'opportunité de donner notre opinion sur le projet de loi. Je voudrais remercier M. le ministre et les autres membres également de la commission par rapport à ça.

Vous savez que la FADOQ est un mouvement de 280 000 personnes environ, et on oeuvre aussi à travers tout le Québec depuis 35 ans. Et c'est nous qui avons initié le programme Roses d'or, un programme d'évaluation ou d'appréciation des résidences privées, parce qu'il y avait une lacune là-dedans, il y avait un vide là-dedans.

Donc, nous, c'est sûr que nous n'avons pas l'expertise pour toucher tous les points du projet de loi n° 83, c'est bien évident, mais nous allons toucher des points qu'on a un petit peu plus d'expérience dedans, et c'est des opinions qu'on émet, et nous sommes certains que les membres de la commission vont en tenir compte.

Par exemple, au niveau du Protecteur des usagers, là, disons, on a réfléchi beaucoup à ça et on trouve également... qu'il soit rattaché au Protecteur du citoyen, c'est une bonne affaire, c'est bien évident, puis on trouve aussi que le concept est excellent également. Mais, je ne sais pas, il y a des éléments, à l'intérieur de ça, qui nous fatiguent, dans le sens que le Protecteur des usagers n'aura pas l'autorité d'entrer dans n'importe quelle résidence, en tout cas c'est notre compréhension, et ça, je trouve ça un peu fatigant, ces éléments-là. Ça voudrait dire qu'un propriétaire de résidence pourrait refuser, selon ma compréhension à moi, il pourrait refuser de recevoir ces personnes-là.

L'autre élément aussi, c'est qu'il doit s'adresser aux résidences qui sont certifiées, et, si toutes les résidences ne sont pas certifiées, ça veut dire que toutes... il va y avoir encore une lacune, là. Nous, ce qu'on recommanderait en fin de compte, c'est que le Protecteur puisse entrer dans n'importe quelle résidence, et, avec l'autorité qu'il a, on pense que ce serait extrêmement important.

Puis on se demande aussi — comme actuellement c'est un organisme qui est chargé, on pense que c'est un organisme qui est très chargé, puis on le sait aussi — est-ce

qu'il va y avoir tout le personnel et tout le monde qu'il faut pour aller vérifier et répondre à toutes les plaintes qu'il va recevoir. Donc ça, c'est un élément. Puis, ce qu'on proposerait en fin de compte, ce serait d'élaborer avec le Protecteur des usagers un volet spécifique, financé adéquatement, afin de répondre aux plaintes issues du réseau des résidences privées avec services pour aînés.

• (9 h 40) •

Et également, à propos aussi du comité des résidents, moi, je trouve que c'est un excellent concept. Je suis un ancien administrateur d'hôpital, j'ai passé 38 ans de ma vie dans le secteur public, hein, dans les hôpitaux, c'est un domaine que je connais. Le concept, je trouve que le concept, il est excellent, mais c'est au niveau de l'application de ça. Parce que, moi-même, aussi comme bénévole, je dirige une résidence de 42 places, un OSBL, et je me demande comment je vais faire pour fonder ou mettre un comité en place, là. C'est parce que je les vois, les gens, et puis je trouve qu'ils ne voudront pas participer, ou il y a peut-être une personne ou deux qui vont participer. Les familles aussi. Les familles, on a été obligées de tirer après pour qu'ils viennent, qu'ils viennent voir leurs parents, dans bien des cas. Puis là on se demande comment on va faire pour faire fonctionner...

Mais le concept, il est bon, par exemple. Le concept, il est bon, mais il s'applique bien, je pense, dans les institutions publiques, plus dans les institutions publiques. Et puis aussi, il ne faudrait jamais oublier que c'est un milieu de vie naturel, c'est un logement, une résidence privée, c'est ça, hein, qu'il ne faudrait pas oublier. Puis, la proposition qu'on ferait, nous autres, ce serait de favoriser l'implantation du comité des résidents dans les résidences privées avec services pour aînés, sans toutefois les rendre obligatoires. Si les gens sont capables de le faire, ça va, mais sans les rendre obligatoires. Je vais me dépêcher parce que je vais passer le temps, puis il passe vite, là.

Concernant l'informatisation, on est entièrement d'accord avec ça, puis plus que d'accord avec ça: on devrait mettre ça obligatoire. On a même, avec le gouvernement antérieur, là, précédent, on a participé aussi à un mandat, un comité sur la carte à puce. On a participé à ça, et puis on est entièrement d'accord avec ça, mais ce qu'on serait d'accord aussi, c'est que le ministre puisse inciter aussi toutes les cliniques privées à adopter ça, parce que ce serait extrêmement important. Moi qui ai travaillé pendant toute ma vie dans les urgences, les salles d'opération et les soins intensifs, je connais l'importance d'avoir l'information qu'il faut pour ça. On dit, dans notre proposition, c'est d'informatiser les dossiers des personnes malades afin que les professionnels de la santé y aient accès, et ce, en y établissant des cadres permettant de préserver la confidentialité désirée par [une] personne concernée. Là aussi, peut-être qu'il y aura des limites à faire. Qu'on ne mette pas sur la carte à puce, par exemple, le dossier informatisé, que la personne a eu un avortement. Ça, ça n'a pas d'incidence, pour moi, pour prendre une décision médicale. Mais, en tout cas, c'est des recommandations qu'on fait.

L'autre élément aussi — je vais terminer, M. le Président, parce que ma directrice générale va faire le reste de la présentation — l'autre élément aussi, c'est qu'on a mis le programme, nous autres, Roses d'or, on a mis sept ans à mettre le programme Roses d'or en place.

Et puis, dans le projet de certification, j'ai... En tout cas, j'ai consulté le comité provincial Roses d'or, et puis il semble... Puis, le ministère, il ne faut pas oublier que le ministère, aussi, des Affaires sociales siège là-dessus également, il y a quelqu'un qui siège, et on n'a pas participé à ça. Les administrateurs se sont sentis un peu frustrés de ça, qu'on n'ait pas été consultés là-dessus.

L'autre élément aussi, c'est que, moi, j'ai assisté au Forum des générations — j'ai adoré, j'ai aimé ça assister au Forum des générations — et le premier ministre a nommé Mme Carole Thériault ministre responsable des Aînés, et on a comme mandat, nous — M. le Président, vous faites partie de ce comité-là, vous aussi, et moi aussi — on a comme mandat de valoriser le rôle des personnes âgées puis de les utiliser comme mentors, faire du mentorat le plus possible avec les personnes. Et je voudrais juste vous souligner, souligner aux membres de la commission que, nous autres, on est des bénévoles au programme Roses d'or. Nos appréciateurs, la plupart, ce sont des infirmières, des notaires, des avocats, des travailleurs sociaux, et on aimerait qu'ils soient utilisés là-dedans. Et, là-dessus, bien je vais passer la parole à Mme Langlois.

Mme Langlois (Martine): Merci, M. le Président. M. le ministre, les membres du comité, évidemment je ne vous ferai pas lecture de l'avis, que vous avez sans doute lu, mais simplement vous rappeler les grands volets que nous avons retenus, particulièrement concernant la certification des résidences privées pour personnes en perte d'autonomie. D'abord, ce nouveau concept de résidence privée pour personnes en perte d'autonomie vient s'ajouter à la définition que le ministère de la Santé et des Services sociaux avait déjà adoptée concernant les résidences privées pour aînés avec services. Alors, il nous semble ici que la définition de «perte d'autonomie», qui n'est pas contenue dans la loi mais probablement va l'être par des volets administratifs ou réglementaires, puisse nous être assurée. Parce que vous savez que la perte d'autonomie, quand vous avancez en âge, peut prendre différents visages, et il serait dommage que, pour les résidences privées, les critères pour l'autonomie soient conformes à ceux qui ont cours dans le domaine public et qui sont véritablement pour des personnes en grande perte d'autonomie.

L'autre chose sur quoi nous voudrions insister, c'est que, s'il y a certification, à notre avis la certification devrait être pour toutes les résidences privées, qu'elles accueillent des personnes en perte d'autonomie ou en non-perte d'autonomie, tout simplement parce que nous présumons que... Vous savez, une personne rentre autonome dans une résidence, et le problème des résidences privées actuellement, ce ne sont pas des résidences qui accueillent des personnes en perte d'autonomie, mais qui doivent maintenir une qualité de vie pour des personnes qui sont devenues en perte d'autonomie. Alors, très souvent vous avez des résidences qui au départ étaient complètement vouées à des personnes autonomes mais qui, au cours des ans, ont vu leurs clientèles s'alourdir, et, de ce fait, nous croyons que toutes les résidences privées au Québec pourraient être susceptibles de vivre ce genre de chose.

L'autre aspect également, le lien avec la loi du registre national qui a été mis en place il y a quelques

années. Alors, on n'a pas vu non plus quelle serait l'exigence de cette certification, avec le registre national, et nous croyons, à un moment donné, que de multiplier les instruments, à un moment donné, peut créer la confusion. D'autre part, avec le programme Roses d'or, nous avons pu constater, dans les 13 régions où nous sommes implantés, que le registre n'était pas toujours bien connu de la part des propriétaires de résidences privées. Certaines fois, c'est le programme Roses d'or qui a dit aux propriétaires qu'ils avaient l'obligation de s'inscrire au registre. Alors, je pense qu'il y a ici de la part des agences peut-être une incompréhension dans la livraison du message entourant ce registre national.

Par ailleurs, nous croyons également qu'il faudrait arrimer un peu mieux tous les éléments contenus dans la loi, entre certification, et également critères socio-sanitaires, et également reconnaissance d'un organisme qui fait de l'appréciation des résidences. D'ailleurs, en ce sens, j'aimerais noter que la plupart des éléments qui sont contenus dans la grille Roses d'or — 52 normes actuelles, nous en sommes à la neuvième révision et nous venons de finir d'intégrer des standards nationaux, qui nous avaient été demandés par le comité interministériel sur le logement — alors nous estimons actuellement que cette grille est tout à fait apte à correspondre aux critères sociosanitaires qui sont exigés par le ministère mais dont nous ne connaissons pas encore la teneur. Cependant, nous tenons à dire également, M. Boyer l'a souligné tantôt, que les différents critères sociosanitaires qui nous ont été demandés d'intégrer l'ont été faits par le responsable qui nous avait été envoyé de la part du ministère Santé et Services sociaux pour qu'on puisse bonifier cette grille.

Quant aux critères sociosanitaires, un des éléments qui nous agacent, pourrais-je dire, quand nous avons émis un communiqué à cet effet, je me suis fait dire par un des membres du cabinet du ministre Couillard que j'étais totalement frue. Alors, je ne suis pas totalement frue, j'ai simplement indiqué que nous étions un petit peu inconfortables quant à l'application des critères sociosanitaires, dans le sens suivant: vous avez, dans le parc immobilier des résidences privées, vous avez la moitié de ces logements qui sont de la petite résidence, donc du neuf et moins, et vous avez évidemment tout le parc immobilier des énormes complexes immobiliers.

Ceci étant, il est évident que, pour une grosse résidence, de correspondre à des critères sociosanitaires du genre surveillance 24 heures sur 24, présence d'une infirmière ne pose absolument aucun problème. Cependant, si ces critères sociosanitaires, pour la moyenne et la petite résidence, sont appliqués, il est évident que non seulement dans les coûts, mais dans les normes d'application, cela va être très difficile, ce qui fait qu'ils pourraient décourager certains propriétaires à maintenir des résidences privées de la petite et de la moyenne... qui sont souvent plus accessibles à une population que les grosses résidences, qui, on le sait, ont des coûts faramineux, d'autant plus que plus elles offrent de services, plus évidemment ces coûts augmentent énormément.

Par ailleurs, nous avons également un questionnement sur les coûts de cette certification. On nous dit qu'il y aurait des équipes. Quelles seraient ces équipes? Quelle serait la fréquence finalement de ces visites? Quels seraient les coûts, également, assumés par les

résidences? Encore là, je tiens à vous donner comme exemple que, dans notre programme Roses d'or, pour la petite résidence qui tient à se faire apprécier, pour poser sa candidature, le montant est de 100 \$, et à chaque année on nous dit que c'est beaucoup trop cher pour ces propriétaires, et souvent ça décourage les gens d'y participer.

• (9 h 50) •

L'autre chose, évidemment vous le savez — comme il me reste peu de temps, je vais aller tout de suite à l'essentiel — nous aimerions beaucoup que le ministre et que la modification à la loi reconnaissent de façon indéniable le programme Roses d'or comme étant le programme d'appréciation par lequel une résidence privée pourrait passer pour être reconnue comme étant certifiée. Nous croyons que nous avons tous les éléments non seulement de l'expertise que nous avons sur le terrain, de la connaissance, de la bonification de la grille, mais également, très souvent, ce qu'on nous a reproché, c'est de nous dire: Oui, mais vous avez des équipes de bénévoles, et ces gens sont-ils compétents pour assurer effectivement le sérieux de la démarche? Or, au cours des ans, nous avons mis en place des formations qui se sont adressées à ces personnes ainsi que des profils des bénévoles que nous recherchions, afin que ces gens-là puissent appliquer correctement la grille et que cette grille-là soit appliquée de manière uniforme. Je pense que c'est une richesse. Nous avons été récupérer des gens du réseau de la santé. Alors, je suppose que ces gens-là, s'ils étaient déjà compétents chez vous, ils le sont chez nous, et je crois que nous avons tous les ingrédients qui font en sorte que nous avons le meilleur programme et que, ma foi, ce programme devrait être reconnu à sa juste valeur. Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, M. Boyer, Mme Langlois, merci d'avoir respecté le temps surtout et d'avoir enrichi les débats de cette commission. Alors, pour débiter l'échange, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. Boyer... pardon, et Mme Langlois. D'entrée de jeu, Mme Langlois, j'ai noté votre remarque quant à une communication avec un membre de mon cabinet. Si cette remarque vous a blessée en quelque façon que ce soit, je vous prie d'accepter mes excuses personnelles, mais je ne pense pas que c'était fait de façon...

Mme Langlois (Martine): C'est gentil, mais, ceci étant, je ne suis pas frustrée de la chose non plus.

M. Couillard: Vous ne semblez pas l'être, d'après les signes que j'observe actuellement.

Maintenant, le gros de votre intervention parle finalement de la situation des résidences privées. Essentiellement, c'est de cette question-là qu'il s'agit, puisque vous représentez les personnes âgées qui sont souvent des résidents dans ces résidences. Je vais aborder chaque point, et vous allez voir qu'il y a des problèmes de fond qu'il faut soulever.

Tout d'abord, la question de l'accès du Protecteur ou de la Protectrice des usagers dans les résidences privées, même si ça paraît attrayant et logique à première

vue, comporte des difficultés. Quelles sont ces difficultés? N'oubliez pas que les résidences privées sont les résidences des personnes qui y sont. Ce ne sont pas des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, et on parle de la Protectrice des usagers, donc les usagers du réseau de santé et de services sociaux, et, pour étirer son mandat dans des endroits autres que les établissements avec permis, CHSLD ou CHSLD privés conventionnés qui ont des permis de CHSLD, il faut donc qu'il y ait un lien de créé entre le réseau de santé et de services sociaux et la résidence privée en question.

C'est la raison pour laquelle ce lien est le certificat de conformité qui nous permet, une fois qu'il existe, d'étendre le mandat de la Protectrice des usagers dans ces milieux-là. Mais les résidences privées qui n'ont aucun lien de type, disons, d'entente ou de reconnaissance de qualité ou de permis — bien sûr, on ne parle pas de permis pour des résidences privées — a priori, la Protectrice des usagers du réseau de la santé et des services sociaux, on ne peut pas comprendre comment elle pourrait avoir un mandat pour aller là. Il faudrait imaginer une autre façon de le justifier, mais on est prêts à recevoir des arguments. Mais cet argument que je vous présente, là, est assez fort, me semble-t-il, pour dire qu'il faut y aller avec une certaine prudence, compte tenu du fait encore une fois que nous parlons de la résidence où habitent les gens et non pas d'institutions, et je pense qu'il faut toujours garder cette chose en esprit.

Pour ce qui est de la démarche de certification, bien sûr j'accueille avec beaucoup de sympathie votre proposition d'agir comme partenaire. Nous, on n'a pas d'objection d'ailleurs à agir comme partenaire pour l'élaboration de ce programme-là. Le programme Roses d'or est un programme qui est bien établi et que je cite d'ailleurs moi-même à de nombreuses reprises lorsqu'on essaie de faire l'artificielle distinction, sur la base de la qualité, entre ce qui est privé puis ce qui est public ou semi-public, et on voit qu'il y a également des soins de qualité qui sont donnés dans votre réseau. Alors, je pense que le programme Roses d'or a eu cet effet-là de montrer que la qualité existe également.

Maintenant, la question de la certification, pour nous, s'appuie donc sur ce partenariat. Vous nous proposez votre programme, auquel on est très sympathiques, mais il y a d'autres organismes également qui sont intéressés à être partenaires, par exemple le Conseil canadien d'agrément ou d'autres associations. L'avantage que vous avez, c'est que vous avez déjà, vous, institué un programme à peu près similaire avec votre programme Roses d'or, et, je dirais, le souci qu'on a, c'est le souci d'uniformité et de rigueur dans l'application des critères. Alors, je vous poserais la question suivante: En quoi le programme Roses d'or peut-il être garant, pour nous, de ce critère d'uniformité et de rigueur dans l'application des critères? Je pense que vous y avez déjà répondu un peu tantôt, mais si vous pouviez me redonner un peu l'argumentaire pour qu'on puisse aller plus loin.

Mme Langlois (Martine): Écoutez, si vous me permettez, juste une petite intrusion dans votre premier point sur le Protecteur aux usagers. Effectivement, on est bien conscients que ce sont des lieux privés pour les personnes. Cependant, vous savez, M. le ministre, quand il est question de personnes âgées, même quand elles

sont autonomes, on sait fort bien qu'ou bien vous élargissez ce mandat-là ou bien vous le faites en association avec d'autres organismes. Entre autres, très souvent, les personnes âgées vont se plaindre sur le respect du bail, et souvent la Régie du logement ne va absolument rien faire. L'application du crédit d'impôt aussi, où il y a eu de nombreux abus au cours des ans. Alors, peut-être qu'avec votre ministère et d'autres il y aurait moyen de créer une intervention quelconque qui pourrait protéger ces personnes.

Je ferme cette parenthèse pour répondre à votre question concernant en quoi le programme Roses d'or... Écoutez, vous parlez du Conseil d'agrément, et d'ailleurs on en fait état dans l'avis qu'on vous a donné, le Conseil d'agrément a développé effectivement, dans le réseau public, une expertise; ça, on n'en doute pas, et sans doute que cette expertise pourrait être transportable au niveau privé. Cependant, je pense que le mécanisme, nous, de ce qu'on en sait pour faire affaire avec les agences dans les divers territoires où nous sommes, c'est un processus quand même très coûteux, qui est très lourd également et très exigeant pour les organismes publics. Et on craint que dans l'application, dans le transport des valeurs du conseil au niveau privé, que ce soit une lourdeur supplémentaire. Ça, c'est le premier point, mais on n'est pas là pour faire le procès du conseil, on est là pour parler du programme Roses d'or, et je vais m'y attacher.

Le programme Roses d'or, quand il a été mis en place, non seulement c'était un programme d'appréciation des résidences, parce que le but ultime était d'assurer les personnes qui se choisissaient une résidence d'avoir une résidence sécuritaire et de qualité, mais c'était également, aussi, peut-être était-ce prétentieux de notre part, mais d'éduquer également les propriétaires de résidence où, à un moment donné, on a eu le foisonnement de mise en place de résidences privées avec des personnes qui ne connaissaient absolument rien à la gestion de ce que c'était le processus du vieillissement, et particulièrement quand des personnes perdaient leur autonomie. D'où, pour nous, l'importance, quand on applique la grille de normes... Mais évidemment vous avez, à ces normes, cinq niveaux, et ce que nous désirons faire avec les propriétaires, c'est de les amener tous à la norme. Tant mieux s'ils dépassent la norme, mais au moins qu'ils garantissent un plancher, je ne dis pas un minimum, mais un plancher qui soit sécuritaire et excellent pour la qualité de vie des aînés.

L'expérience, en plus, que nous avons sur le terrain, et on l'a démontré d'ailleurs, vous savez, autour du comité aviseur provincial... Nous sommes en association avec divers organismes gouvernementaux et privés pour justement voir à ce que tous les aspects qui sont contenus dans notre programme puissent être vérifiés de façon tout à fait judicieuse et rigoureuse particulièrement. Et on a toujours été attachés au fait non seulement — tantôt je vous parlais de la formation des bénévoles — mais au fait également que ce que nous allons mesurer soit mesurable et soit mesurable de façon uniforme à travers le réseau, pour que le critère Roses d'or devienne un critère de référence.

Cela va de soi, le programme Roses d'or n'enlèvera jamais, jamais le droit à tout individu de se choisir une résidence parce que c'est dans son quartier, même si

elle n'est pas recommandée Roses d'or. Ça, c'est le choix individuel des personnes âgées. Nous, ce que nous cherchons à faire, c'est de dire: Appliquons un programme qui en plus non seulement apprécie, mais encourage les propriétaires à améliorer leurs services. Et, pour ce faire, quand on applique, on donne toujours des recommandations aux propriétaires pour qu'ils bonifient les services qu'ils donnent.

M. Couillard: À propos du programme Roses d'or, il y a un point intéressant dans votre mémoire qui, je pense, mérite d'être souligné, c'est que, nous, on fait le pari que, si, pour recevoir des références du système de santé et de services sociaux, il est nécessaire d'avoir le certificat de conformité, ce sera un puissant incitatif pour les résidences de se doter de ce certificat. N'avez-vous pas vous-mêmes la même expérience avec Roses d'or, où les régions ou les agences exigent la certification Roses d'or pour le transfert ou la référence de personnes ont noté une forte augmentation des candidatures au programme Roses d'or? Est-ce que ce n'est pas exact?

M. Boyer (Ernest): Oui, c'est exact, mais c'est-à-dire que, oui, ça augmente, il faut le dire, là. Disons que normalement on a, si on laisse le programme au choix des personnes... c'est qu'il y a à peu près 30 % à 70 %, on l'écrit dans le mémoire, 30 % à 70 %... c'est vrai qu'il y a une certaine augmentation, mais une certaine augmentation. Parce que les gens qui demeurent dans les petits villages, dans les petites municipalités ont déjà fait leur nom, hein, leur crédibilité, et tout ça, puis ils ne passent pas nécessairement, là, par un CLSC, les gens, pour aller là, ils s'en vont directement à la résidence. Oui, je suis obligé de le dire, oui, ça aide.

● (10 heures) ●

Mme Langlois (Martine): Est-ce que vous me permettez un propos complémentaire? C'est sûr et certain, notre expérience des agences, quand elles obligent les CLSC à revenir au programme Roses d'or pour donner des informations aux personnes pour le choix des résidences, ça va de soi que nous constatons effectivement que les résidences sont très intéressées à participer au programme Roses d'or. Cependant, quand on... Dans notre mémoire, on souligne cet aspect-là, mais on souligne également le fait que vous dites que la certification va encourager les personnes à s'y inscrire, parce que ça va leur donner de la clientèle, et ça, on est loin d'en être sûrs, parce que, la clientèle, pour l'instant, dans les résidences privées déjà comme dans le réseau public, il y a des listes d'attente, et d'autre part il n'est pas évident non plus que votre certification de résidence pour personnes avec perte d'autonomie va nécessairement intéresser des résidences qui, elles, ne sont pas du tout intéressées par ce type de clientèle. Alors, on a peur que ça fasse des clivages à l'intérieur même du réseau, que ça décourage certains. Alors, dans ce sens-là, c'est un couteau à deux tranchants.

M. Couillard: Bien sûr, les personnes qui sont visées à premier chef par le réseau de la santé et des services sociaux, ce sont les personnes âgées qui ont un processus de perte d'autonomie qui est enclenché. Il faut souvent rappeler que la vaste majorité des personnes

âgées du Québec, et vous le savez très bien, sont autonomes, parce que, chaque fois qu'on parle des personnes âgées, on parle toujours en relation avec l'hébergement, la perte d'autonomie. Alors, je pense que c'est 4 % environ des personnes âgées qui sont hébergées dans les institutions actuellement, puis, si on ajoute les résidences privées, on monte peut-être à 6 % ou 7 %. Ça veut dire que 90 % et plus des personnes âgées du Québec sont en excellente santé, sur le plan fonctionnel, et sont autonomes. Je pense qu'il faut rappeler ça.

Pour le certificat de conformité ou la démarche de certification, voilà en gros comment on envisagerait la chose. Bien sûr, d'avoir recours à un partenaire nous semble une bonne idée, et je vous assure que votre candidature n'est pas écartée, là, loin de là. On accueille avec satisfaction votre proposition, mais il y aurait un peu deux étapes. D'abord, que cet organisme vérifie que la résidence en question satisfait aux autres normes auxquelles vous avez fait allusion, Régie du logement, règlements municipaux. Vous savez que, depuis juin 2002, je crois, les municipalités ont le pouvoir d'exiger des normes, je crois, des règlements spécifiques pour les résidences privées, donc ce serait, ceci, une partie du travail.

La deuxième partie, avec l'aide des critères sociosanitaires que nous allons d'ailleurs développer en consultation — je l'indiquais hier aux propriétaires de CHSLD, de résidences privées, donc vous seriez également dans la démarche de consultation pour les établir — qui sont des critères qu'on peut qualifier d'assez modestes. On parle de choses que tout le monde s'attend de voir réaliser actuellement dans les résidences privées, que ce soit la nutrition, incluant la propreté des lieux, l'assistance physique, la médication bien distribuée, la sécurité physique, le respect des droits et libertés et l'environnement sécuritaire. Je vous donne un aperçu, puis bien sûr on ira plus loin lorsqu'on vous consultera pour l'établissement de ces critères-là. Donc, à première vue, il ne s'agit pas de critères particulièrement onéreux. On s'attend à ce qu'une résidence privée qui reçoit des personnes âgées, surtout au début du processus de perte d'autonomie, on s'attend, tout le monde... les citoyens s'attendent à ce que ces choses-là soient en place.

Qu'est-ce que vous pensez de ce type de démarche là, avec un partenaire, une première étape qui vérifie l'appréciation des autres organismes gouvernementaux, vous l'avez dit tantôt, une deuxième étape qui vérifie les critères sociosanitaires avec l'agence, et c'est l'agence qui émet le certificat, cependant? Qu'est-ce que vous pensez de ça?

M. Boyer (Ernest): Bien, je vais laisser Martine... Bien, je vais conclure, moi, par exemple, son intervention en rapport avec ça.

Mme Langlois (Martine): Oui. Moi, je vous donnerais une réponse à double volet. Effectivement, c'est une excellente idée de nous consulter, merci. Cependant, dois-je vous dire, M. le ministre, que vos critères sociosanitaires, ils sont déjà contenus dans la grille Roses d'or? Nous avons déjà participé aux travaux, au mois de juin. C'est notre coordonnatrice provinciale qui a participé aux travaux, et nous avons eu la liste effectivement des critères sociosanitaires. Et tous les critères sociosanitaires... D'ailleurs, c'est très drôle, parce que

dans le document on dit qu'on s'est inspiré du programme Roses d'or pour pouvoir construire ces critères. Et dois-je vous dire qu'à la lecture je pourrais même dire que c'est un peu navrant que ça n'aille pas plus loin. Dans le sens que, par exemple sur l'histoire des médicaments, vos critères sociosanitaires, ça va: oui, non ou sans objet.

Nous, nos normes font en sorte que les gens non seulement puissent au moins atteindre un plancher, mais en plus s'améliorer, parce qu'on croit toujours, pour les résidences, que c'est important. Et c'est justement l'arrimage, dont je parlais au tout début, qui serait nécessaire. C'est qu'au lieu de mettre quelque chose qui est complètement en parallèle de ce qui existe déjà et qui est déjà contenu dans le programme Roses d'or, pourquoi n'y aurait-il pas effectivement, dans ces aspects-là, que ce soit traité en même temps et que, ce volet-là, oui, on l'a vérifié, et que l'agence puisse émettre son certificat?

M. Couillard: Mais c'est pour ça que la phase finale m'apparaît importante, parce que, pour la perception publique, si le processus est entièrement géré par un organisme qui est indépendant des autorités publiques, incluant l'émission du certificat et souvent les résidences privées elles-mêmes, les gens vont douter forcément de l'indépendance puis de l'objectivité, en fait peut-être sans raison, mais ça va être la perception. Alors, je pense qu'il est essentiel de faire entrer le réseau public, l'État finalement, dans le processus de certification, mais ça peut être dans une phase finale, après que le partenaire ait fait l'ensemble des évaluations. Et, si effectivement votre grille de critères sociosanitaires déjà appliquée est convenable, il n'y a pas de raison d'en inventer une autre. Là, là-dessus, je pense qu'on n'a pas l'intention de réinventer la roue. Mais je pense que le lien... Dans ce processus de certification, il doit y avoir un endroit où le citoyen voit que l'État a jeté son regard et a conclu, avec l'organisme partenaire, que telle résidence satisfait aux critères.

M. Boyer (Ernest): Mais les agences sont toutes désignées pour ça.

M. Couillard: Voilà. C'est ce qu'on propose, oui.

Mme Langlois (Martine): Mais les agences sont déjà dans les comités aviseurs régionaux. Toutes les agences sont participantes, et votre ministère est participant au comité aviseur provincial. Quelle meilleure garantie y a-t-il que de dire: Oui, tous les partenaires importants sont là?

M. Couillard: Mais la garantie qu'il faut ajouter, c'est que la... pas la personne, mais l'organisation qui émet le certificat, à mon avis, ce doit être l'État.

Mme Langlois (Martine): Indéniable.

M. Boyer (Ernest): Ça, c'est... On ne veut même pas... Ça, c'est évident.

M. Couillard: Dernière question — je pense qu'on arrive bientôt au temps — comment est-ce que votre organisation pourrait collaborer avec nous? Parce qu'hier on

nous suggérait, avec beaucoup de justesse, de, une fois la loi adoptée, faire une campagne d'information assez large auprès de la population sur le processus de certification, sa valeur, sa signification. Est-ce que c'est quelque chose, cette campagne, dans laquelle vous seriez prêt à vous engager avec nous pour que non seulement les personnes âgées, mais la population du Québec en général soit informée de l'existence et des buts poursuivis par ce programme-là?

M. Boyer (Ernest): Oui, oui. C'est sûr qu'il faudrait bien connaître l'encadrement, là. Je dis oui comme ça, mais je ne sais pas qu'est-ce que ça pourrait avoir l'air, là. Mais c'est bien évident, là. Écoutez, on est une organisation de services, et nous, ce qu'on veut, c'est de rendre service à la population. Oui.

M. Couillard: Combien de personnes âgées rejoignez-vous, dans votre organisation, au total?

M. Boyer (Ernest): 280 000, 300 000.

M. Couillard: Ça me paraît un bon véhicule...

M. Boyer (Ernest): Bien, c'est à part de toutes les interventions qu'on fait publiquement, à la télévision, à la radio, ou des choses comme ça, là.

M. Couillard: C'est bien. Merci.

Mme Charlebois: Peut-être un commentaire.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, Mme la députée de Soulanges.

Mme Charlebois: Merci. Je vais émettre un commentaire, puis je vais attendre votre retour, à vous. Moi, pendant la période des fêtes, dans mon comté, j'ai fait une visite de presque toutes les résidences privées et publiques pour rencontrer les personnes âgées, dans le temps des fêtes, mais notamment aussi pour jeter un oeil sur la qualité des services offerts, et tout. Et je me suis rendu compte... Parce qu'il y a tout un mouvement médiatique qui nous amène à penser que beaucoup de résidences privées ont des problèmes. Je sais qu'il y en a, des problèmes, je suis consciente, je ne suis pas sur un nuage rose. Mais je voudrais un peu rétablir l'équilibre, en ce sens que les résidences privées que j'ai visitées, tout comme les publiques, mais on parle présentement de résidences privées, pour la majorité d'entre elles, je pense que les propriétaires que, moi, j'ai rencontrés et où les personnes âgées sont... J'ai eu la chance d'échanger avec les personnes âgées individuellement, là, sans le propriétaire.

Moi, je pense que les propriétaires de résidence, en tout cas pour la majorité, vont être favorables à participer à un processus de certification parce que ça va leur permettre de mieux vendre la qualité de leurs services. C'est-à-dire que, moi, ce que j'ai constaté, c'est que tout le monde essaie de se surpasser, en tout cas ce que j'ai vu, là, et de faire mieux pour offrir de meilleurs services et des règles. Même qu'ils m'ont appris des choses que... Il y avait, entre autres, un établissement à vendre dans le coin, puis ils m'ont dit: On ne peut pas,

parce que ça ne respecte pas telle norme, la construction, etc. J'ai trouvé qu'ils étaient très sensibilisés. Qu'est-ce que vous pensez de ce que...

M. Boyer (Ernest): Je vais répondre à la première partie. Moi, je pense que la majorité des résidences, au Québec, c'est des bonnes résidences, hein? Il ne faut pas, là, charrier avec... Oui, oui, il y a des moutons noirs puis il y en aura toujours, je pense, même avec un service de certification, mais on veut essayer de les atténuer le plus possible. Moi, je suis venu dernièrement ici, à Québec—Chaudière-Appalaches, on a certifié, je ne sais pas, 160, 170 résidences...

Une voix: Apprécié.

• (10 h 10) •

M. Boyer (Ernest): Apprécié, c'est ça, apprécié. Vois-tu, j'ai déjà changé mes termes. On a apprécié 160 résidences, et puis on a demandé aux gens d'aller s'exprimer en avant lorsqu'on donnait le certificat. Et, si vous aviez vu la fierté des gens, qui étaient fiers de parler de leurs résidences puis ils étaient fiers de dire que quelqu'un les avaient reconnus. Et là, bien c'est sûr que les représentants des agences étaient là, etc., représentants de la ville de Québec, je pense, en tout cas, et tout ça. Tout ça pour vous dire que je pense que, oui, il y aura toujours des gens qui ne voudront pas se faire évaluer, se faire apprécier, etc., mais la majorité, oui, à mon avis, s'il y a un cadre qui oblige... Parce qu'il y en a juste entre 30 % et 60 %, dans tout ça, dépendant de la région, qui acceptent de se faire évaluer. Mais, à un moment donné dans la vie, il faut mettre des cadres. Un enfant, quand on veut l'élever, on met un cadre, et puis il faut que ça rentre là. Puis si vous voulez que... c'est ça.

Mais je pense que l'État aussi doit mettre un cadre pour dire: Bien, écoutez, dorénavant les résidences... ceux qui veulent avoir des résidences doivent détenir tel permis, parce que, là, n'importe qui peut ouvrir n'importe quelle résidence n'importe où. Il n'y a même pas une réglementation dans les villes, sauf à Laval, à Montréal puis à Lafontaine, à Saint-Jérôme, Trois-Rivières, c'est ça.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. M. Boyer, Mme Langlois, alors bienvenue, au nom de l'opposition officielle. Alors, j'ai le privilège d'avoir été ministre responsable des aînés durant l'Année internationale des aînés décrétée par les Nations unies, en 1999, et de me rendre compte que finalement c'était sans doute... ce qu'il y avait eu de plus significatif dans ce siècle, dans ce XX^e siècle, avait été la longévité, l'espérance de vie qui avait quasi doublé, n'est-ce pas? Les statistiques, peu nombreuses, nous révélaient cependant que la moyenne, au début du siècle précédent, était de 37 ans aux États-Unis puis 35 ans en Suisse et que ça avait littéralement doublé, avec une conséquence inédite, jamais connue dans l'histoire de l'humanité précédente, c'est qu'il y avait maintenant quatre générations qui cohabitaient dans une même société.

Auparavant, il y avait des individus qui vieillissaient bien, mais là il y a des générations entières. On parle maintenant d'un quatrième âge qui est déjà à nos portes et peut-être d'un cinquième âge. Un enfant sur deux qui naît aujourd'hui, dit-on, va vivre jusqu'à 100 ans. Alors, tout ça m'apparaît comme étant un progrès considérable pour l'humanité, un immense progrès. Alors, en même temps, ça a des conséquences, et souvent le législateur est un peu retardataire, hein, par rapport à tous ces changements qui se produisent.

Donc, Roses d'or. J'aimerais ça que vous nous en parliez en termes aussi d'appuis. Vous avez 13 des 17 régions du Québec. L'appui financier et budgétaire vient du gouvernement. Vient-il des agences également? Vient-il du ministère de la Santé et des Services sociaux avec les soutiens aux organismes communautaires? Comment tout ça s'organise?

Mme Langlois (Martine): Écoutez, ça ne vient pas du soutien aux organismes communautaires. Ce sont des enveloppes complètement à part qui sont données dans les régions, souvent par les régies... excusez-moi, les agences — il va falloir que je me modernise — les agences de santé, qui effectivement pouvaient au financement. Quand on parle de financement, on ne parle pas, là, de millions de dollars. On passe entre 20 000 \$ et 40 000 \$, tout dépendant. Par exemple, une région comme Montréal, l'agence effectivement a aidé avec cet argent. Au niveau provincial, depuis trois ans, nous avons, de la part... qui était, pourrais-je dire, l'ancien plan de la ministre à la Solidarité pour le programme des aînés, nous avons effectivement une subvention, mais qui ne couvre pas tous nos frais. Et, depuis le début de l'existence du programme, c'est la FADOQ qui a assumé effectivement les frais de la mise en place pour les outils, pour la gestion. Mais, au-delà de ça, c'est sûr et certain que d'assurer nos régions d'avoir un financement est une préoccupation non seulement pour les régions, mais pour nous également. Vous le savez fort bien, ce programme-là, oui, il y a des bénévoles, mais il faut avoir une coordination régionale souvent d'une seule personne et de produire également les outils nécessaires.

Ça, c'est une chose. Mais aussi il y a d'autres partenaires autour, puis, nous, on y a toujours tenu. Le programme Roses d'or n'est pas le bien de la FADOQ, c'est un bien commun, pourrais-je dire, où plusieurs groupes... Et ça, c'est une exigence du programme, que, quand une région pose sa candidature, il faut qu'elle aille chercher les appuis des CLSC, de l'agence, des municipalités, de d'autres organismes d'aînés. Et ça, c'est important, parce que tous ceux qui ont une préoccupation à l'égard de la qualité et de la sécurité du logement, ce n'est pas seulement de la FADOQ. On a initié le projet, mais on voudrait bien... Quand on dit: Faire reconnaître le programme, ce n'est pas de reconnaître la FADOQ, c'est de reconnaître le programme, point à la ligne. Et, à la limite, ce pourrait être aussi un programme géré par un organisme totalement indépendant, où évidemment nous demanderions un siège.

Mme Harel: Je crois que c'est un élément extrêmement important, dans le contexte des changements législatifs qui vont intervenir, pour la raison suivante.

Tantôt, le ministre a parlé d'une campagne d'information sur la certification, qui va être absolument nécessaire, mais cette campagne sur la certification doit aussi être accompagnée d'une campagne sur l'inscription obligatoire, parce que la certification est facultative. Et l'inscription, la loi l'a dit au moment de son adoption, l'inscription est obligatoire. Les agences régionales, pour avoir moi-même fait vérifier par mon bureau de comté, à Montréal, auprès de l'agence régionale, l'inscription de résidences où étaient des parents d'employés de mon bureau de comté... Finalement, l'agence ne savait même pas de quoi je parlais, quand on appelait pour savoir s'ils étaient inscrits au registre régional ou pas.

Donc, il y a un effort à faire, d'inscription, parce que ce n'est pas parce qu'il y a une certification facultative que ça supplée à la nécessité de l'inscription. Et je pense qu'il faut être très, très demandants, et la FADOQ a raison de le faire à l'égard de la reconnaissance du programme Roses d'or, parce que beaucoup d'agences, en mettant en place l'inspection pour une certification puis en mettant en place le processus de certification et en mettant en place l'inspection, vont considérer que leur rôle est terminé et qu'ils n'ont pas à compléter avec les services du programme Roses d'or. Ça peut très, très bien se produire.

Je ne pense pas, là, que je fabule en disant ce que je dis. Je pense qu'il faut, dans la mesure où le gouvernement choisit une certification facultative, il faut que l'inscription obligatoire au registre et l'inspection que la FADOQ fait... Parce que la FADOQ fait... le programme Roses d'or, plutôt, excusez-moi — vous avez raison, je n'ai pas à confondre — mais le programme Roses d'or fait une inspection qui est beaucoup plus large et qui le sera toujours, beaucoup plus large que les résidences qui auront leur certification. Et peut-être même que le programme Roses d'or va être encore plus nécessaire justement pour aller sur le terrain des résidences qui choisissent de passer à côté de la certification. Dans ce sens-là, là, je crois que ça, c'est un aspect extrêmement important.

Concernant les critères sociosanitaires, vous dites, à la page 9 de votre mémoire, que ces critères ne sont pas connus et que vous déplorez, dans le cadre des présents travaux de la commission, qu'ils vont être déterminés par règlement... Est-ce qu'il serait possible — je n'ai plus en main, et je pense qu'il en va de même pour tous les membres de la commission, les critères sociosanitaires du programme Roses d'or — est-ce qu'il serait possible de demander à la présidence, là, que la FADOQ puisse les faire parvenir au secrétariat de la commission et que nous en ayons tous copie pour nous assurer de nous en inspirer au moment où nous ferons l'étude détaillée du projet de loi et au moment où nous questionnerons le ministre sur les critères qu'il va publier dans le règlement, dans le... Comment ça...

Une voix: *Gazette officielle.*

Mme Harel: *La Gazette officielle?* Voilà. Bon. Ensuite, je prends... Évidemment, je comprends bien, M. Boyer, là, que vous avez lancé un cri du cœur en faveur de la transmission et de la circulation de l'information concernant les usagers et les patients, mais vous dites bien, dans votre mémoire: «dans les limites du

respect du consentement du patient». Alors, ça reste, pour vous, nécessaire qu'il y ait cette informatisation, là, qui permette la circulation de l'information, mais dans les limites du consentement du patient. C'est bien ce que je dois comprendre, hein?

M. Boyer (Ernest): Oui, exactement. C'est bien évident, il faut respecter le client, là.

● (10 h 20) ●

Mme Langlois (Martine): Mais, cependant, parce qu'on l'a dit également dans l'avis, respecter le client, mais en même temps, si ce client veut recevoir des services, il faut que les balises soient suffisamment serrées pour que le client, lui, ne décide pas n'importe quand: Ah, tiens, je n'en parlerai pas, de ça. Parce que, vous le savez fort bien, nous autres, on le sait, dans le réseau, et on ne travaille pas, là, aux soins de santé, mais très souvent, sous prétexte de coquetterie ou de choses aussi banales, on évite d'en parler parce que, mon Dieu, ça ne sera pas nécessaire: Lui, il ne doit pas le connaître, hein? Vous avez souvent le patient qui décide que son cardiologue, il n'a pas besoin, lui, de connaître que tu consommes du millepertuis, hein, en quantité énorme, parce que ça ne le regarde pas, c'est un produit naturel; ou, le médecin général, il n'a pas besoin de connaître que tu consommes telle autre chose ou que tu as des habitudes de vie qui sont contraires à la médication que tu reçois.

Alors, c'est ça. Quand on dit: consentement patient, c'est bien sûr que... M. Boyer évoquait un cas tantôt qui pourrait être aussi discutable. Mais admettons, par exemple, qu'un client dit: Moi, je ne veux pas dire, dans mon dossier, que je souffre du sida. C'est complètement aberrant. Alors, à un moment donné, il faut aussi faire en sorte de responsabiliser les personnes et de dire: Ce dossier-là... Et je rajouterai, l'informatisation, on a toujours craint: Ah! Mon Dieu, tout le monde va pouvoir aller piger là-dedans. Écoutez, on est un organisme sans but lucratif, et tout notre réseau est informatisé, notre base de données également, puis on donne des codes d'accès aux utilisateurs. Alors, si, nous, on est capables de faire ça, je suppose que la machine gouvernementale est également capable de le faire.

Mme Harel: Très bien. On aura beaucoup d'occasions de revenir sur ces questions durant la commission parlementaire. Mais j'aimerais aussi profiter de votre expertise en matière d'hébergement et d'examen, si vous voulez, de l'offre d'hébergement qui est faite à nos concitoyens âgés. À la page 12 de votre mémoire, en fait vous revenez sur la question de la certification volontaire en disant: «La réalité terrain pourrait bien rendre l'application [...] fort complexe, voire impossible.» Et là vous réferez au taux d'occupation dans les résidences privées, qui est très bas, et finalement aux signatures de baux, qui doivent s'effectuer très rapidement, alors... et vous parlez des références qui sont faites par le réseau, soit CLSC essentiellement, mais ça peut être les hôpitaux aussi, en fait les travailleurs, travailleuses sociales dans les centres hospitaliers. Alors, il est possible, dites-vous, là, que, «devant le choix de laisser la personne à la rue ou dans une situation délicate, [...] parfois dangereuse, on préférera [...] référer la personne à une résidence» qui n'est pas certifiée, et cette réalité-là va faire

en sorte que le réseau lui-même va être piégé avec une loi qui dit: référence seulement dans les résidences certifiées, alors que la réalité va l'amener vers autre chose. Est-ce que c'est ce qui vous semble...

M. Boyer (Ernest): Bien, ça nous agace un peu. Ces éléments-là nous agacent, c'est bien évident. C'est qu'on a un peu d'expérience là-dedans, et aussi, des fois... des fois, la plupart du temps, il y a un débordement. Et puis l'autre élément aussi, c'est que la plupart des bonnes résidences, là, sont occupées. Moi, la résidence que je dirige, j'ai 42 places, j'ai 65 noms en avant, vous savez, dans un petit village, donc je ne suis pas capable de les recevoir. Mais il y a aussi des cas de misère sociale des fois que les travailleurs sociaux, ils arrivent puis ils disent: Écoutez, gardez-la ce soir, ça n'a pas de bon sens, on n'a pas de place à l'hôpital pour l'emmener, on n'a pas de place au CHSLD. Oui, on dépanne, mais des fois on n'a pas toujours l'équipement et le personnel pour dépanner. On fait ça pour bien faire, puis tout le monde fait ça pour bien faire, là, hein, de bonne foi.

Moi, c'est que... Et, lorsqu'on parle également — là, je bifurque un peu de votre question — mais, lorsqu'on parle d'autonomie, il va falloir que le projet de loi définisse exactement qu'est-ce qu'on entend par «autonomie d'une personne». Ça, là, c'est extrêmement important. On dit là-dedans: Est-ce que c'est une canne, tout ça, mais c'est plus que ça, tu sais? C'est de définir... Parce qu'aussitôt que quelqu'un part de chez eux, qu'il n'est plus capable de demeurer là, à ce moment-là il a déjà une perte d'autonomie, s'il a choisi d'aller demeurer là, là. Donc, c'est ça, là. Moi, je ne voudrais pas être à la place du ministre pour essayer de définir exactement... Et ça va partir de quoi, la perte d'autonomie? C'est compliqué. Ça va être complexe, ça, cette affaire-là, parce que ce n'est pas toutes les résidences qui sont capables de recevoir des gens en perte d'autonomie.

Mme Harel: Il est évident que le projet de loi passe à côté, là, de ce questionnement, puisque le projet de loi prévoit à cet effet, à l'article 128, comme vous le savez, que les personnes qui résident dans les résidences pour personnes âgées... «Afin d'assurer aux personnes qui résident dans des résidences pour personnes âgées un milieu de vie acceptable et des services sécuritaires et de qualité, une agence peut délivrer un certificat de conformité.» C'est donc dire que... Et c'est peut-être bien qu'il en soit ainsi, là, parce que les résidences personnes âgées, ce n'est pas indiqué «avec services» ou «sans services». Je peux comprendre qu'une résidence sans services, c'est peut-être plus des condos, dans cette perspective-là, mais, une résidence, dès qu'il y a des services, comme vous le mentionnez, il y a déjà une volonté de la personne d'être dans un autre environnement que celui de son domicile autonome, dès qu'il y a des services.

Mais, cependant, si on prend, disons, le projet de loi tel qu'il est, il y a une certification qui est facultative, mais j'insiste encore sur la nécessité de l'inscription obligatoire de toutes les ressources d'hébergement et sur la nécessité de visites, comme celles du programme de Roses d'or, dans ces milieux d'hébergement. Moi, je m'inquiéterais beaucoup, si j'étais une agence,

qu'une ressource d'hébergement refuse de recevoir les visiteurs de Roses d'or. J'irais, moi, les inspecter, justement, ceux qui refusent de recevoir Roses d'or, parce qu'il doit y avoir des raisons du refus.

Je ne sais pas encore si cette certification facultative devrait devenir obligatoire, mais il y a une certitude que j'ai, c'est que le Protecteur des usagers, dont le rôle sera transformé au niveau du Protecteur des citoyens, doit avoir compétence dans tous les cas où il y a des signalements pour des personnes vulnérables en ressource d'hébergement, qu'elle soit certifiée ou pas. Parce que ce serait, là, vraiment se fermer les yeux sur le fait qu'il y a des personnes qui vivent en condition d'abus inacceptable et pour lequel il n'y aura pas aucun, si vous voulez, examen tout simplement parce que le propriétaire a décidé de passer à côté d'une certification facultative. Si le gouvernement choisit la certification facultative, il doit en contrepartie se rendre responsable d'élargir la compétence du Protecteur des usagers pour que, dans les cas de signalement, il puisse y avoir un examen de la situation des personnes en état de vulnérabilité.

Je pense surtout aux CHSLD privés. Ce n'est pas vrai que c'est des domiciles, les CHSLD privés, la personne n'a pas sa clé, n'a pas sa boîte à maille, tu sais. Alors, il y a des personnes en situation vulnérable dans les CHSLD privés, et ce n'est pas parce qu'il n'y aurait pas la certification facultative que le Protecteur des usagers n'aurait pas le droit... Et c'est ce lien-là, là... Le ministre en a parlé, du lien; moi, ce lien-là, je pense que ça, ce n'est pas une bonne affaire. Je ne sais pas ce que vous en pensez, là, mais...

M. Boyer (Ernest): Je pense qu'on ne peut pas passer à côté de ça, à mon avis. C'est bien évident, moi, ce que je souhaiterais... c'est-à-dire qu'on souhaite, nous, c'est que la certification devienne obligatoire, hein, c'est bien évident, c'est ce qu'on souhaite. Mais il faut absolument que le Protecteur du citoyen soit capable d'entrer — c'est-à-dire aux usagers, excusez-moi, là — il faut qu'il soit capable d'entrer dans n'importe quelle résidence. Il faut que la législation lui donne l'autorité de faire ça, parce que sans ça on va se retrouver encore avec... je ne sais pas, moi, il va y avoir un vide, là, on va avoir des problèmes à un moment donné. On est aussi bien de les régler tout de suite.

Mme Harel: Quand on dit: n'importe quelle résidence, c'est même les résidences qui n'ont pas de certification et des résidences qui sont des résidences personnes âgées, quelle que soit la définition que cette résidence-là se donne incidemment...

M. Boyer (Ernest): Exactement.

Mme Harel: ...qu'elle se donne la définition d'une résidence pour personnes âgées avec ou sans perte d'autonomie. C'est parce que, comme vous le dites dans votre mémoire, les personnes qui sont hébergées vieillissent aussi, hein, alors il y a une sorte d'évolution dans l'autonomie, là, ou dans la diminution de l'autonomie.

• (10 h 30) •

Mme Langlois (Martine): Oui, mais en même temps, quand on dit ça, c'est parce qu'il faudrait aussi

que tous les acteurs... Le ministre a souligné en de nombreuses occasions qu'il y avait des efforts faits par certaines municipalités pour établir des permis pour les résidences. Cependant, on trouve très navrant, depuis l'application des modifications qui ont été apportées à la loi sur les affaires municipales, que peu de municipalités se sentent préoccupées par ce contexte. Si tous les acteurs... Parce qu'on n'a jamais cru, à notre avis, que seul le ministère Santé et Services sociaux, seules les municipalités pouvaient faire quelque chose. Je pense que tous les acteurs ont avantage à travailler sur la qualité de vie de leurs citoyens âgés. Et, dans toutes les municipalités, au Québec, on a des résidences privées, de la plus petite, souvent avec du neuf et moins, jusqu'à de grands complexes immobiliers, et je pense que les municipalités devraient être alertées vis-à-vis justement la qualité. Vous savez, quand on a établi le programme Roses d'or, on s'est rendu compte que, dans de nombreuses résidences, ils n'avaient même pas de plan d'évacuation pour les résidents. Bon, c'est sûr, vous êtes autonome, mais puis-je vous dire que de sauter une fenêtre à 70 ans, c'est moins alerte qu'à 15 ans, hein? Donc, l'évacuation n'est pas la même. Et ça, à un moment donné, les municipalités, il a fallu leur dire: Préparez des plans d'évacuation. Alors, c'est ce genre de choses, à un moment donné, qu'il faut que plusieurs acteurs puissent jouer correctement leur rôle.

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Copeman): Bien, il reste moins qu'une minute, là, si vous êtes capable de... Allez-y.

M. Couillard: Je veux juste préciser quelque chose qui pourrait être utile.

Mme Harel: ...privés qui ont l'agrément.

M. Couillard: Oui, les CHSLD privés ont un permis du ministère. Ils sont soumis aux victimes... aux victimes! aux visites d'appréciation...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Quel lapsus!

M. Couillard: ...et également aux visites de la Protectrice des usagers, qui a un droit de regard sur ces établissements-là. Il faut clarifier les choses.

Mme Harel: C'est ça, oui, oui. Mais il est possible qu'il y ait aussi des petites ressources, là, comme celles qu'on décrit, avec neuf personnes et moins, qui n'ont pas la certification, qui ne la voudront pas puis qui ne sont pas inscrites.

Mais tout ça est très étrange, je pense à ces visites qu'a faites la députée de Soulanges et je dois vous dire que, pour avoir fait des visites dans des milieux familiaux, de prime abord, où je n'aurais pas souhaité qu'il y ait des personnes en très grande, très, très grande perte d'autonomie, là, pas simplement hébergées, mais alitées, les personnes étaient tellement aimées, tellement choyées, tellement entourées que finalement elles souhaitaient passer outre à l'aspect, si vous voulez, comment

dire, physique, là, résidentiel, matériel, là. Et c'est pour ça que le programme Roses d'or est si important, pour pouvoir... Parce que vous introduisez aussi ce qui est difficilement quantifiable, hein, qui est un peu impondérable, hein, c'est l'atmosphère.

Le Président (M. Copeman): Je soupçonne qu'on va poursuivre cette discussion également à des moments ultérieurs. M. Boyer, Mme Langlois, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de la FADOQ — Mouvement des aînés du Québec.

Et j'invite les représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission poursuit ses travaux. C'est avec plaisir que nous accueillons les représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. M. le président-directeur général Paradis, bonjour.

M. Paradis (Régis): Bonjour, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Vous connaissez nos règles de fonctionnement. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation, qui sera suivie par un échange de 20 minutes de chaque côté de la table. Je vous prierais de présenter les personnes qui vous accompagnent et de débiter votre présentation.

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)

M. Paradis (Régis): Avec plaisir. Merci, M. le Président. Tout d'abord, à ma droite, je vous présente la directrice du Service des relations professionnelles à l'Ordre des infirmières auxiliaires, qui est infirmière auxiliaire également, Mme Diane Levasseur; et, à ma gauche, notre conseiller juridique à l'Ordre, Me Georges Ledoux.

Alors, M. le ministre, Mmes, MM. les membres de la commission, les députés et membres de la Commission des affaires sociales, bonjour. Et ça nous fait plaisir et on est heureux que vous nous donniez l'opportunité aujourd'hui de nous faire entendre sur le projet de loi n° 83 qui vient modifier la loi de la santé et de services sociaux. Alors, je pense que c'est l'un des projets de loi les plus importants, sinon le plus important depuis la loi n° 120, adoptée en 1991. Et évidemment ce projet de loi vient permettre également, aussi, d'actualiser la vision du ministère concernant la loi n° 25, qui a été adoptée le 30 janvier 2004.

D'entrée de jeu, si vous me permettez, M. le Président, nous pensons qu'il faudrait réfléchir sérieusement et peut-être venir modifier la notion que nous avons utilisée au niveau de désignation des personnes malades. Depuis les 15 dernières années environ, on est passés de la notion d'usager à client, à bénéficiaire. Alors, nous pensons qu'il faudrait peut-être revenir finalement à la notion de patient, qui pour nous serait beaucoup plus respectueux du caractère personnel et individualisé

également des soins que nous devons donner aux personnes malades. Donc, je pense que la commission et le ministre pourraient peut-être réfléchir à cette notion-là.

Dans un autre temps, nous voulons aborder quatre aspects les plus importants en ce qui nous concerne: tout d'abord, les modifications touchant le processus d'élection, nomination et également de désignation des membres des conseils d'administration et des établissements; le fonctionnement de certaines instances consultatives; l'important volet qui touche la révision du processus de traitement des plaintes — on s'est déjà fait entendre là-dessus d'ailleurs — et, plus brièvement compte tenu que c'est moins notre champ, notre expertise, les dispositions qui sont relatives à la circulation et à la conservation de l'information clinique aux fins d'améliorer la prestation des services de santé.

Dans un premier temps, donc je voudrais aborder, M. le Président, la possibilité pour les infirmières auxiliaires d'accéder et d'avoir une place, un poste au conseil d'administration. En 1991, la loi n° 120 et le ministre de l'époque, M. Marc-Yvan Côté, avaient intégré les infirmières auxiliaires au conseil multidisciplinaire, leur permettant d'être élues au sein des conseils d'administration. Or, depuis ce temps-là, il y a eu des fusions d'établissements, et les modes de désignation sont venus modifier la façon d'élire les membres aux conseils d'administration. Alors, les infirmières auxiliaires, qui comptent plus de 17 500 membres et qui sont le troisième groupe le plus important dans le réseau de la santé, après les médecins, les infirmières, ne sont quasiment plus au sein des conseils d'administration. Alors, on pense que finalement les infirmières auxiliaires, tel qu'on l'avait déjà demandé, devraient obtenir un poste aux conseils d'administration au même titre que les médecins ou infirmières, par exemple. Et, là-dessus, c'est quelque chose qu'on insiste beaucoup et c'est une des demandes vraiment les plus importantes et fondamentales pour notre organisation. Alors donc, il faudrait peut-être modifier les articles de loi en conséquence et permettre effectivement aux infirmières auxiliaires d'intégrer un poste aux conseils d'administration des établissements.

● (10 h 40) ●

Dans un autre temps, maintenant, M. le Président, le projet de loi n° 83 ne propose aucune modification à l'article 223. Lors d'une communication écrite en date du 18 octobre dernier, notre ordre demandait au sous-ministre associé au MSSS, M. Roger Paquet, de prévoir une modification à l'article 223 afin d'augmenter de trois à cinq le nombre d'infirmières auxiliaires devant siéger sur ce dit comité. De plus, nous souhaitons que le libellé de l'article 223 reflète les nouvelles réalités des infirmières auxiliaires, qui doivent obligatoirement maintenant être membres de leur ordre professionnel suite à l'adoption de la loi n° 90 qui est venue modifier la Loi modifiant le Code des professions. Les motifs qui justifient notre demande d'augmenter le nombre des membres du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires reposent essentiellement sur la nouvelle réalité des établissements de santé qui sont fusionnés maintenant, vous le savez, et qui découlent aussi de l'ampleur des responsabilités devant être assumées par des membres des différents conseils consultatifs de l'établissement, y compris, notamment, le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires.

Pour bien s'acquitter de leur mandat, les trois membres du comité des infirmières auxiliaires devront être en mesure de justifier leurs recommandations en fonction de la réalité de l'ensemble des infirmières et infirmiers auxiliaires qui exercent dans les différentes installations de leurs CSS, centres de santé et de services sociaux. Par exemple, pour donner un exemple, le CSS de Québec-Nord, il comporte à lui seul 14 installations, puis je pense que, sur les 95 CSS à travers le Québec, c'est sans doute celui qui comporte le plus d'installations. Ainsi, il nous semble important d'augmenter le nombre de membres du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires afin que ce dernier puisse exercer son mandat, prévu par la loi, de manière plus adéquate.

Nous tenons aussi à souligner que l'article 100 du projet de loi comporte déjà une disposition modifiant l'article 224 relativement à la composition du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers sous l'acronyme CECII. Il prévoit expressément, dis-je bien, la présence d'au moins quatre infirmières ou infirmiers au sein du CECII, au lieu d'un nombre fixe de quatre. Nous croyons que, dans le même esprit, le nombre d'infirmières auxiliaires au sein du comité d'infirmières auxiliaires devrait être majoré.

Conséquemment et comme nous l'indiquions précédemment, nous demandons que le projet de loi soit amendé pour prévoir une modification à l'article 223 afin d'augmenter de trois à cinq le nombre d'infirmières auxiliaires devant siéger audit comité et indiquer que seules les infirmières auxiliaires peuvent en être membres. Il va sans dire que cette proposition est conditionnelle à ce qu'une formule à nombre fixe s'applique également au comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers. Si cette approche, M. le Président, n'était pas retenue, nous pensons qu'il faudrait alors appliquer une formule proportionnelle, avec un libellé «d'au moins», étant équitable tant pour les infirmières que pour les infirmières auxiliaires. Et je pense qu'en termes d'équité — et le ministre ayant la responsabilité d'arbitrer en quelque sorte les chances pour tout le monde de se faire entendre là-dessus — je crois qu'il serait absolument incontournable vraiment que le nombre de postes au sein du CECII soit équitable pour l'ensemble des professionnels.

Maintenant, à la lecture du projet de loi n° 83, nous constatons que vous suggérez une modification à l'article 224 afin de prévoir une représentation au CECII d'au moins quatre infirmières et infirmiers. Afin d'assurer une représentation équitable des infirmières, des infirmières auxiliaires, dis-je bien, au sein du CECII, nous demandons que l'article 224 soit modifié pour y prévoir également, au niveau de sa composition, la présence de deux infirmières auxiliaires au lieu d'une, tel qu'il s'applique actuellement. La même remarque également que celle formulée précédemment s'applique dans le présent cas, c'est-à-dire que, si l'approche d'un nombre fixe n'est pas retenue, il faudrait, je pense, pour être parfaitement équitable pour les deux groupes, appliquer une formule proportionnelle, avec un libellé «d'au moins», tel qu'on l'a vu, on le mentionne, pour les infirmières.

Concernant maintenant le mandat du CIIA, nous demandons la modification suivante à l'article 223 de la loi pour ajouter une quatrième fonction au mandat du CIIA, et, cette fonction-là, il s'agirait d'un pouvoir consistant à faire des recommandations sur les règles de soins

infirmiers applicables à leurs membres dans l'établissement. Cette demande nous semble de plus en plus nécessaire pour tenir compte des nouvelles réalités du milieu de la santé et également de l'implication des infirmières auxiliaires dans les divers comités consultatifs de l'établissement. De plus, nous suggérons qu'en rapport avec l'ensemble des fonctions prévues à l'article 223 le comité des infirmières auxiliaires puisse faire également des recommandations tant au CECIH qu'à la directrice ou encore à la responsable des soins infirmiers, et l'article 223 devrait donc faire l'objet d'une modification en ce sens, et cette modification n'affecterait cependant pas le pouvoir prévu à l'article 225 de la loi.

Maintenant, M. le Président, concernant les responsabilités de la directrice ou responsable des soins infirmiers, nous demandons de modifier également l'article 207 de la loi afin de prévoir que la directrice des soins infirmiers, en plus de veiller au bon fonctionnement des comités du conseil des infirmières et infirmiers, s'assure que ces comités-là disposent d'un budget de fonctionnement, dis-je bien, adéquat pour remplir leur mandat, ce qui n'est pas toujours le cas au moment où on se parle.

Maintenant, l'Ordre des infirmières auxiliaires suggère aussi de modifier l'article 370.1, cinquième alinéa, de la loi pour prévoir, relativement à la composition de la commission infirmière régionale, l'augmentation de une à deux infirmières auxiliaires. Le ministre de la Santé, M. Rémy Trudel, dans le projet de loi n° 28, en 2001, je pense, avait créé les commissions infirmières régionales, et, à ce moment-là, il était prévu que 11 infirmières siègent sur ce comité-là. On nous avait octroyé un poste de une infirmière auxiliaire, mais finalement, pour permettre aux infirmières auxiliaires de mieux se faire entendre sur cette instance-là, nous pensons vraiment que l'article 370 devrait être modifié, et augmenter de une à deux donc la présence des infirmières auxiliaires sur ce comité-là afin de pouvoir nous permettre de mieux se faire entendre.

Nous allons maintenant aborder, M. le Président, la révision du mécanisme de traitement des plaintes. Nous avons déjà eu l'occasion, et ce, à plusieurs reprises d'ailleurs au cours des dernières années, dis-je bien, de faire des représentations pour que le mécanisme de traitement des plaintes soit révisé et amélioré. Nous sommes plus particulièrement intervenus en 2000, lors des auditions tenues par la Commission des droits de la personne et de la jeunesse sur l'exploitation des personnes âgées, et également, aussi, en mars 2004, devant la présente commission parlementaire, lors de la consultation tenue relativement au projet de loi n° 38, qui était Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être. À titre d'organisme dont le mandat, comme ordre professionnel, est d'assurer la protection du public, nous sommes, M. le Président, préoccupés par cette question depuis longtemps et nous l'avons même mise au cœur de notre plan d'action 2004-2005. Et l'actualité au cours de la dernière année, comme vous le savez, a évidemment amené cette question à l'avant-scène, et un récent reportage diffusé à Montréal reflétait également, aussi, les mêmes préoccupations.

Comme nous l'indiquions précédemment, il y a déjà longtemps que nous avons demandé au gouvernement d'accroître les pouvoirs de certaines instances en

matière d'enquête et de traitement des plaintes, notamment pour remédier aux situations d'abus ou encore de qualité des soins dans le secteur privé. Nous tenons à souligner que le ministre de la Santé et des Services sociaux a tenu parole, je dirais, et que son projet de loi traduit sa volonté claire et nette d'aller de l'avant et de répondre également, aussi, aux demandes qui lui ont été formulées par plusieurs personnes, intervenants et également, aussi, autres organismes. Il faut, nous pensons aussi, plus spécialement se réjouir du fait que le ministère de la Santé et des Services sociaux a décidé de créer une direction de la qualité et de veiller également à la mise en place des tables de concertation régionales, permettant aux différents acteurs de participer conjointement aux efforts de promotion, de défense et également, aussi, de protection des droits des patients.

● (10 h 50) ●

Il faut particulièrement aussi souligner que, dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, un comité de vigilance devra être formé par le conseil d'administration de chaque établissement afin de s'assurer du suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes ou encore du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Nous avons d'ailleurs remarqué que cette disposition est également, aussi, applicable à un établissement privé. Son mandat et ses responsabilités nous semblent suffisamment précis, mais nous recommandons néanmoins que les patients y soient majoritaires et disposent en conséquence de deux des trois postes, là, que nous voyons à l'article 181.

Nous sommes aussi d'accord avec l'accroissement de l'imputabilité, de la responsabilité du commissaire local aux plaintes lorsque le projet de loi propose qu'il relève directement du conseil d'administration d'un établissement plutôt que de sa direction générale. Il est fort à propos d'ailleurs que le projet de loi modifie ses pouvoirs pour l'autoriser également à enquêter de sa propre initiative. Soulignons que la même approche est aussi retenue en ce qui a trait au commissaire régional aux plaintes et à son lien fonctionnel avec le conseil d'administration d'une agence. De même, nous souscrivons entièrement à l'objectif poursuivi pour l'ensemble de ces modifications devant rendre le processus plus accessible, efficace et également performant. À cet égard, nous nous attendons à rien de moins qu'une obligation de résultat.

Le projet de loi propose aussi le choix d'abolir le poste de Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et de confier toutes ses responsabilités au Protecteur du citoyen. Nous ne sommes pas opposés en principe à ce choix, nous nous questionnons cependant sur l'efficacité administrative d'une telle option. Sachant également qu'il prévoit plusieurs dispositions relatives au transfert de la Protectrice des usagers à titre de vice-présidente du citoyen et du personnel de son bureau et à la création d'un poste uniquement à cette fin, nous présumons, à la lecture du projet de loi, que son expertise y sera conservée. Cependant, le défi du Protecteur du citoyen demeurera le même, c'est-à-dire s'acquitter avec célérité et efficacité des ses nouvelles responsabilités.

D'autres remarques s'imposent cependant sur l'exercice de certains pouvoirs du Protecteur des usagers.

Il faut prendre note qu'actuellement le Protecteur des usagers n'est soumis à aucun délai pour donner suite à une plainte, et nous pensons vraiment qu'il est nécessaire de préciser un délai pour écourter vraiment le traitement des plaintes qu'on voit actuellement — c'est trois, quatre et cinq mois, et plus parfois — et on pense qu'il devrait y avoir des échéanciers, des balises de déterminés dans ce sens-là.

Nous accueillons très favorablement les dispositions du projet de loi qui visent à assujettir un encadrement plus strict de fonctionnement des résidences privées et nous pensons que cela va donner suite à une demande que nous avons formulée devant la présente commission en mars 2004. Ainsi, l'article 23 du projet de loi répond, à tout le moins en partie, à nos attentes lorsqu'il prévoit expressément que les résidences privées d'hébergement et les résidences pour personnes âgées titulaires d'un certificat de conformité seront assujetties au mécanisme de traitement des plaintes.

Le Président (M. Copeman): M. Paradis, je veux juste vous aviser: il reste un peu moins que deux minutes.

M. Paradis (Régis): Un peu moins de deux minutes? Alors, je vais m'empresse de conclure, M. le Président. Jusqu'à maintenant, les résidences privées pour personnes âgées ne faisaient pas l'objet d'un encadrement important. Or, nous pensons qu'il devrait y avoir des modifications pour faire en sorte finalement qu'elles soient davantage encadrées.

Et, en terminant, maintenant nous savons que ce n'est pas la première fois que le gouvernement du Québec entame une réflexion et propose des moyens pour assurer un accès plus direct, une meilleure circulation des informations contenues au dossier du patient. Comme il ne s'agit pas de notre domaine d'expertise immédiat et que d'autres personnes et organismes ont déjà ou auront à tout le moins l'occasion de formuler des commentaires concernant ces dispositions, nous n'exprimerons que des remarques générales et rapides concernant ce sujet. Et enfin nous souhaitons que l'ensemble des dispositions relatives à la garde, la circulation et la transmission des informations contenues au dossier du patient représentent des garanties suffisantes pour assurer le respect de la vie privée et la confidentialité de ces informations. Et, en terminant, nous réalisons que des sommes importantes devront être consacrées à la mise en place de toute la structure informatique, de toute cette structure informatique, qu'il faudra établir un échéancier vraiment réaliste pour y parvenir. Alors, M. le Président, je vous remercie beaucoup de nous avoir entendus.

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

M. Couillard: Merci, M. Paradis, Mme Levasseur, Me Ledoux, de votre visite aujourd'hui. Plusieurs points intéressants ont été abordés dans votre mémoire puis dans votre communication. Je voudrais d'entrée de jeu vous dire que votre remarque sur l'harmonisation nécessaire des délais entre le processus Protecteur des citoyens et Protectrice des usagers, lorsqu'elle va se joindre, est en cours. On réfléchit à cette question et on devrait être en mesure de faire les ajustements nécessaires.

Un des premiers points que vous avez touchés dans votre communication consiste à une demande sur la représentation au conseil d'administration. Évidemment, il y a de nombreux groupes, ici, qui vont venir nous voir et nous dire la même chose. Évidemment, par définition, les gens qui ne se voient pas nommément désignés au conseil d'administration voudraient y être. C'est un peu comme les RUIS, hier, où tout le monde veut y être assis. Le choix qu'on a fait pour surtout les conseils d'administration des établissements, notamment les centres de santé et de services sociaux, c'est de mettre plus d'emphasis sur la représentation de la population, avec quatre élus, deux représentants de comités des usagers. Vous savez que les commissions médicales, infirmières et multidisciplinaires y sont représentées, un employé du personnel de l'hôpital également, ce qui n'était pas le cas auparavant. Évidemment, je comprends votre souhait, mais on ne veut pas non plus avoir d'immenses conseils d'administration qui deviennent non fonctionnels.

Est-ce que vous n'avez pas d'autres moyens de... avec le comité dont vous avez parlé, dans lequel vous voudriez qu'on marque la même note: «au moins tant de» ou «au minimum tant de personnes»? Est-ce que vous ne pensez pas que c'est un bon moyen pour vous d'influer sur les décisions des établissements?

M. Paradis (Régis): En fait, M. le ministre, on ne demande pas d'enlever personne, hein...

M. Couillard: Non, non, c'est ajouter.

M. Paradis (Régis): ...au conseil d'administration, on demande d'en ajouter une qui serait une infirmière ou un infirmier auxiliaire. Comme je le mentionnais, nous sommes tout de même 17 500 infirmières, infirmiers auxiliaires à travers le Québec et on pense que l'expérience, l'expertise de ces gens-là pourrait contribuer à améliorer la qualité des soins par sa présence au conseil d'administration. Comme je le disais, dans le passé, le ministre, votre prédécesseur, en 1991, M. Marc-Yvan Côté, avait été sensible à notre demande, il nous avait inclus au sein des conseils multidisciplinaires, mais, à ce conseil-là, on ne pouvait pas parler de soins infirmiers. Mais, pour la désignation aux fins de conseil d'administration, on nous avait intégrés au conseil multi et, à une certaine époque, cela avait bien fonctionné. Mais, avec les fusions d'établissements et le fonctionnement maintenant des élections, il est devenu pratiquement impossible pour les infirmières auxiliaires finalement d'être désignées au conseil d'administration. Et on se permet, malgré vos commentaires, en toute déférence, M. le ministre, on se permet d'insister pour ajouter un poste au sein des conseils d'administration pour les infirmières auxiliaires, et on est persuadé finalement que l'ensemble de la population ne pourrait que s'en réjouir.

M. Couillard: Croyez que je ne mets nullement en doute la contribution que vous pourriez y faire. La préoccupation que j'ai, c'est d'être équitable et également de maintenir une taille de conseil d'administration qui le rend fonctionnel. Et on sait que plus ces conseils sont nombreux, moins il est difficile de prendre des décisions... moins il est facile, pardon, de prendre des décisions concrètes et de faire avancer les choses.

M. Paradis (Régis): Mais vous acceptez d'y penser, hein, je crois comprendre?

M. Couillard: Pardon?

M. Paradis (Régis): Vous acceptez d'y penser, hein, je crois comprendre?

M. Couillard: Oui. Ça, si vous saviez tout ce que je pense, vous seriez surpris!

Vous parlez des comités de vigilance pour les résidences privées. Il faut quand même noter que les résidences privées n'ont pas de conseil d'administration constitué, comme un établissement public. Donc, comment est-ce que vous voyez ça? Est-ce que vous ne pensez pas que le comité des résidents qu'on pourrait voir créé dans ces résidences-là peut jouer un peu le même rôle que le comité de vigilance?

M. Paradis (Régis): Mon collègue Me Ledoux va commenter là-dessus, M. le ministre.

Le Président (M. Copeman): Maître.

● (11 heures) ●

M. Ledoux (Georges): Bien, M. le ministre, ce n'était pas clair non plus dans le projet de loi effectivement, et je pense que la question que vous posez soulève le fait que le projet de loi ne semble pas assujettir effectivement les résidences privées à ce mécanisme-là. Mais, si ce n'était pas un comité de vigilance, il faudrait certainement s'assurer que, pour assurer justement la défense, la promotion des intérêts des résidents qui demeurent dans cette ressource-là, s'assurer qu'ils puissent participer à un comité soit de patients ou un comité d'usagers, comme il est connu actuellement, là. On vous propose d'utiliser un autre terme, mais il faudrait certainement s'assurer que, pour faire justement en sorte que soit prise en compte toute la question de la promotion du droit des usagers... C'est en lien direct, il y a une opportunité, là, avec le fait que vous voulez assujettir les résidences privées à tout le mécanisme, là, de surveillance des plaintes, ce serait intéressant qu'il y ait un autre mécanisme complémentaire qui permette, dans les résidences privées, aussi aux résidents de siéger à un comité. Peut-être que la loi, à ce moment-là, ne l'a pas prévu expressément, on vous demande peut-être de réfléchir à cette possibilité-là pour le prévoir nommément, un mécanisme de participation. Si le comité de vigilance est compliqué en raison du fait que les conseils d'administration ne sont pas formés évidemment sur la même base que dans le secteur public, on le sait, il faudrait peut-être quand même qu'il y ait une instance de prévue à la loi.

M. Couillard: Le problème est toujours le même, c'est que le système de santé et de services sociaux, et l'État, n'a pas de lien d'autorité direct sur des résidences privées qui sont les domiciles des personnes. Le lien change cependant lorsqu'il existe un permis ou un autre lien avec le réseau. Et, lorsqu'on parle de personnes en perte d'autonomie — on en a parlé dans les interventions précédentes — il y a une zone où l'État, et c'est juste, je crois, ne peut intervenir, là, directement dans le fonctionnement des endroits. Une résidence

privée, qui est un domicile pour les personnes qui y habitent, qui est une entreprise, je ne pense pas qu'on apprécierait que l'État vienne se mêler de sa gestion ou de la façon de faire les choses, à moins qu'on démontre que la sécurité des gens est mise en danger, etc., et tout le concept de perte d'autonomie devient important à ce moment-là.

M. Ledoux (Georges): Mais, M. le ministre, il y aurait le lien à tout le moins, là, on vous le suggère bien humblement, il y aurait au moins le lien justement du certificat de conformité, quand effectivement il y a un certificat de conformité, il y a un lien, là, fonctionnel avec l'agence évidemment qui a délivré le certificat. Je pense qu'à tout le moins, à l'égard des résidences, on en a parlé avec les intervenants précédents, là, qui ont comparu devant la commission, le fait qu'il soit évidemment facultatif mais qu'il y ait un incitatif fort dans la loi par rapport à la possibilité de référer, pour les établissements publics, des cas à ces ressources-là, je pense qu'il y a là-dedans un lien fonctionnel, à tout le moins pour ceux qui seront détenteurs de certificat de conformité, peut-être d'envisager d'avoir ce remède-là. Comme je vous le disais, le contexte est propice, la loi veut renforcer, veut venir appuyer les efforts de promotion, de défense des intérêts des résidents et des patients dans toutes les ressources de notre réseau, et ce serait peut-être une idée intéressante à examiner.

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

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. Monsieur, madame, moi, ce qui m'intéresse beaucoup, c'est vos recommandations visant à garantir la qualité des services, surtout les modifications ou les amendements que vous aimeriez apporter au niveau du Protecteur des usagers en matière de santé ou de services sociaux, lorsque vous dites: Faire une plainte verbale. Parce que ce processus-là m'intéresse au niveau juridique, dans le sens qu'on peut... En ce moment, le processus, quelqu'un doit déposer, si je comprends, l'écrit, il doit vraiment faire une plainte écrite. C'est comme ça que ça procède en ce moment? Il n'y a pas de possibilité de rencontrer le protecteur et de verbaliser sa situation, et, de là, il y a un écrit qui peut être pris puis une reconnaissance?

M. Ledoux (Georges): Bien, ça ne nous semblait pas aussi clair, par exemple, qu'avec le nouveau Commissaire aux plaintes, là, dont on a parlé justement amplement dans le projet de loi, où on disait... Et on lisait des notes ministérielles de présentation, évidemment du projet de loi, dans lesquelles on insistait sur cet élément-là, sur la faculté, pour une personne qui désire faire une plainte, de pouvoir le faire tant verbalement que par écrit. Pour le commissaire local aux plaintes, ça, ça semblait plus clair, mais, pour le Protecteur des usagers, ce n'était pas nommément mentionné à la loi. Alors, une fois même transféré, là, dans l'application de la loi, au Protecteur du citoyen, on voulait peut-être, nous, s'assurer — si on avait mal lu la loi ou si la loi n'était pas assez claire — peut-être de prévoir la possibilité aussi qu'éventuellement quelqu'un puisse se présenter, s'il n'est pas en mesure d'écrire une plainte ou de soumettre

une plainte par écrit, de se présenter maintenant au vice-protecteur du citoyen, qui va appliquer la Loi sur le Protecteur des usagers, et possiblement faire une plainte qui serait reçue à ce moment-là par une personne chargée de la recevoir, mais peut-être toujours dans une perspective, avec le but recherché de faciliter le processus de traitement, et de dépôt, et de signalement des plaintes. Peut-être de l'uniformiser avec la situation que le projet de loi proposait aussi pour le commissaire local. Plaintes verbales et écrites, tout ça serait accepté.

M. Auclair: C'est une question... un principe de clarification que vous voulez, là, ici?

M. Ledoux (Georges): Oui, voilà. Tout ça pour garantir l'accessibilité, là, au niveau des plaintes.

M. Auclair: O.K. Également, au niveau de l'article... vous amenez également une demande de modification au niveau de l'article 12, lorsque vous dites qu'un répondant ou un aidant naturel puisse au nom de quelqu'un d'autre, en ce moment... C'est peut-être moi qui saisis mal, mais j'ai toujours cru et j'étais sous l'impression que quelqu'un pouvait dénoncer des méfaits même à un membre d'une personne qui était autonome. Si on voit, on a une obligation presque, au niveau du code, quand même, que, si on est conscients qu'il y a des méfaits qui sont occasionnés à quelqu'un, on peut venir les dénoncer. Est-ce que vous... De la manière que c'est formulé, vous semblez dire que, non, ce n'est pas ça, il y a vraiment... il faut que ce soit directement par la personne qui subit le méfait, qui doit faire la plainte, et ça se limite à ça, il n'y a pas d'autre possibilité. Lorsque la personne est sûre, si je comprends bien, elle est apte et sans aucune contrainte, là.

M. Ledoux (Georges): On parlerait, à ce moment-là, plus de la situation de la personne, par exemple, qui n'est pas... tu sais, qui n'a pas... On parle toujours de l'usager, je pense, dans la loi, le patient, comme on essaie de vous le suggérer, ou de son représentant, mais, lorsque la personne, par exemple, n'est pas inapte au sens légal du terme mais n'est pas en mesure, ou craint, ou ne désire pas porter une plainte, pour toutes sortes de raisons, on voulait dans le fond élargir la possibilité que, même lorsque la personne n'est pas inapte et n'a pas un représentant officiel, son représentant informel, un aidant naturel, quelqu'un de près puisse le faire aussi. Mais par ailleurs on a lu aussi, dans le projet de loi, qu'il y a des mesures pour faciliter ce processus-là, lorsque, par exemple, on dit qu'un commissaire local, dans le secteur public, va pouvoir enquêter lui-même de sa propre initiative. Là, on a vu aussi une formule d'encouragement pour élargir l'accessibilité dont je parlais il y a quelques instants.

Mais peut-être, plus spécifiquement pour appuyer les efforts justement de promotion ou de signalement au niveau des plaintes, il faudrait peut-être, à ce moment-là, s'assurer que, bien, une personne peut agir même si elle n'est pas représentant officiel au sens légal du terme. Donc, la personne pourrait être parfaitement apte mais craintive ou ne pas vouloir faire une plainte, pour toutes sortes de raisons, et quelqu'un pourrait faire une plainte en son nom.

M. Auclair: O.K. Donc, c'est beaucoup plus le message que vous aimeriez qui soit présenté par un tel écrit. Parce que techniquement on peut dire qu'une personne a le droit, là. Moi, demain matin, si ma mère, elle est totalement apte, si je reconnais qu'il y a des sévices, même si elle n'est pas... elle a une crainte personnelle, moi, je peux aller les dénoncer quand même, les sévices, là.

M. Ledoux (Georges): Mais on voudrait que ce soit plus... Si c'est nécessaire, là, peut-être qu'on fait fausse route, mais, si c'est nécessaire à ce moment-là de le clarifier, toujours avec la portée symbolique ou encore le message important dont vous venez de parler.

M. Auclair: O.K., merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, M. Paradis, Mme Levasseur et Me Ledoux, bienvenue, au nom de l'opposition officielle. Alors, peut-être aborder la question plus spécifique, là, puisque sans doute serez-vous les seuls à nous en parler, de la représentation des infirmières et infirmiers auxiliaires dans les instances, là, de consultation ou de décision. Je comprends que le ministre a abordé la question des conseils d'administration mais ne l'a pas fait en ce qui concerne les comités exécutifs, là, le CECII, là, comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers. Alors ça, je trouve ça plus embarrassant qu'il ne l'ait pas fait, parce qu'il n'a pas les mêmes arguments pour vous dire: Il y a trop de monde. Là, c'est... En fait, un comité exécutif, c'est un conseil d'infirmiers et infirmières. La question, c'est de savoir: N'y a-t-il exclusivement que des infirmiers et infirmières diplômés en tant que tel ou y aura-t-il aussi des infirmiers et infirmières diplômés comme auxiliaires?

M. Paradis (Régis): En fait, il y a déjà des infirmières, infirmiers auxiliaires sur ce dit comité là, mais ce qu'on recherche, c'est l'équité, parce que le projet de loi prévoit augmenter sensiblement le nombre d'infirmières, et on pense que les infirmières auxiliaires devraient être augmentées également, aussi. Et ma collègue, qui connaît très bien ce dossier d'ailleurs, va argumenter.

Mme Levasseur (Diane): Actuellement, en fait depuis 1991, le comité exécutif du conseil des infirmières est composé de quatre infirmières, d'une infirmière auxiliaire, c'est-à-dire la présidente du comité d'infirmières auxiliaires, ainsi que de la directrice de soins infirmiers et du directeur général. La modification au projet de loi propose que le comité exécutif soit composé d'au moins quatre infirmières. En principe, on n'a rien contre ce libellé-là. On pense que ça tient compte d'une réalité qui, à cause des fusions d'établissements, va permettre l'augmentation du nombre de représentantes au comité exécutif du conseil des infirmières. Ce qu'on comprend cependant, c'est que l'infirmière auxiliaire qui y siège va être seule et que le comité exécutif pourrait comporter

quatre, six, huit, 10, et on me dit que certains comités exécutifs sont déjà formés en fonction du projet de loi et comportent déjà 18 à 20 infirmières au comité exécutif, et là on va se retrouver, nous, avec une représentante unique, là, au sein du comité exécutif du conseil des infirmières. C'est pour ça qu'on pense qu'il faut soit déterminer, pour le comité exécutif ainsi que pour le comité des infirmières auxiliaires, soit un nombre fixe ou une possibilité d'avoir un nombre d'au moins quatre infirmières et au moins une à deux infirmières auxiliaires pour le comité exécutif.

• (11 h 10) •

De la même manière, on vous dira que, pour le comité d'infirmières auxiliaires, qui est officiellement créé dans la loi depuis 1991, avec un mandat clairement défini, le comité des infirmières auxiliaires doit aussi avoir une représentation plus nombreuse qu'actuellement, parce que le comité d'infirmières auxiliaires est composé de trois personnes et que le projet de loi ne propose aucune modification à la composition du comité d'infirmières auxiliaires, et ce, malgré l'augmentation, là... la fusion des établissements. Donc, évidemment que, si on ne peut pas obtenir un siège au conseil d'administration, il faut prévoir que les infirmières auxiliaires... puis on le souhaite, là, on va essayer de vous convaincre qu'il faut vraiment trouver une mécanique pour favoriser l'accès des infirmières auxiliaires au conseil d'administration. Il faut permettre que les infirmières auxiliaires puissent, dans ces comités consultatifs là, jouer un rôle très actif dans les établissements de santé. On vous rappelle qu'on est quand même un groupe, là, de 17 500 professionnels; il n'y en a pas beaucoup, là, dans les établissements de santé, là, de nombre aussi important. Et on ne pense pas, je veux dire, avoir, là, une place bien, bien définie, là, comme on devrait l'avoir.

Mme Harel: Alors, nous verrons, au moment de l'étude article par article du projet de loi, si, après vous avoir écoutés, le ministre vous a entendus. Mais, quoi qu'il en soit, nous notons, là, qu'il y aurait une modification à introduire à l'article 223 de la loi actuelle quant à la représentation sur les comités exécutifs du conseil des infirmières et infirmiers.

Mme Levasseur (Diane): Est-ce que je peux me permettre? Ainsi qu'à l'article 224, où on parle de la composition du comité exécutif du conseil des infirmières. Donc, deux modifications: l'article 223, l'article 224.

Mme Harel: Je vous remercie. Alors, bon, concernant le régime de traitement des plaintes, alors le mémoire que vous nous présentez semble comprendre en fait que le mécanisme de traitement des plaintes est maintenant élargi aux résidences privées d'hébergement et aux résidences pour personnes âgées titulaires d'un certificat de conformité. Tantôt, vous avez félicité le ministre, je me suis posé la question, si vous l'aviez fait peut-être un peu trop tôt, mais parce qu'à ma connaissance ce qu'il dit et répète, c'est que le mandat du Protecteur des usagers, devenu vice-protecteur du citoyen, ne pourra s'exercer que pour les établissements qui ont un certificat de conformité et non pas pour toutes les résidences privées d'hébergement, et ça, ça crée justement un problème de fond dont il va être question

pendant toute la commission. Je ne sais pas, vous avez l'air de pouvoir clarifier ça, Me Ledoux.

M. Ledoux (Georges): Oui, c'est pour ça, Mme la députée, effectivement qu'on a précisé, dans notre mémoire, à la page 16, «répond à tout le moins en partie», parce qu'effectivement — on a eu l'occasion de l'entendre, le bénéfice de l'entendre avec les intervenants précédents devant la commission parlementaire — il y a la partie des résidences qui ne solliciteraient pas, qui n'obtiendraient pas donc effectivement de certificat. Il y a cette partie-là qui demeure effectivement non assujettie.

Alors, oui, il y a peut-être un questionnement à se poser sur, un, soit alternativement on oblige la certification, elle devient obligatoire, ou encore on va étendre à son plein potentiel toute la portée, l'application de l'examen des plaintes. Il reste effectivement cette imprécision-là. C'est pour ça qu'on a dit que ça répondait au moins en partie là-dessus. Le ministre a certainement répondu à des demandes qui avaient été faites pour l'élargir, mais il y a un choix encore à faire, un arbitrage à savoir si on veut une pleine protection, comme il est souhaité par le projet de loi, c'est l'esprit du projet de loi... Si on veut une pleine protection pour couvrir toutes les résidences d'hébergement privées, il faudrait à ce moment-là faire un choix au niveau de la certification, ou encore au niveau de l'assujettissement, pour le Protecteur des usagers. Il y aura peut-être là un travail additionnel de réflexion à faire de ce côté-là.

Mme Harel: À la page 16, là, de votre mémoire, au chapitre 3.2, que vous intitulez Assujettissement des résidences privées aux mécanismes du traitement des plaintes, deuxième paragraphe, vous me réferez à l'article 23, et je dois vous dire que votre présentation a suscité en tout cas un questionnement, là, dans l'opposition, parce qu'effectivement l'article 23 du projet de loi, que vous citez, dit ceci: Peut directement formuler une plainte à l'agence toute personne qui est hébergée dans une résidence privée d'hébergement — donc, c'est très, très large, donc non pas simplement... et ça continue ensuite: toute personne dans une résidence pour personnes âgées titulaire d'un certificat.

Donc, il y a, dans le projet de loi tel que rédigé, la possibilité de transmettre une plainte à l'agence pour une personne qui est hébergée dans une résidence privée qui n'aurait pas son certificat à l'agence. Bon. Ça signifie, là, qu'il y a une superposition, là: on peut transmettre une plainte au commissaire local juste dans une résidence qui a son certificat, puis on peut transmettre une plainte à l'agence. C'est ça? Mais qu'est-ce que l'agence fait, là, de cette plainte-là?

M. Couillard: Avec consentement?

Mme Harel: Oui, avec consentement.

M. Couillard: C'est que, pour les organisations d'un territoire qui ont des ententes de type formel avec le réseau de santé et de services sociaux, par exemple un GME, par exemple une résidence détenant un certificat de conformité...

Mme Harel: ...

M. Couillard: ... — mais laissez-moi terminer — le niveau régional devient le premier niveau d'examen de la plainte pour ce genre de situation là. Le commissaire local, c'est dans un établissement de santé, c'est bien sûr que c'est ça, là.

Mme Harel: Oui, je vous suis très bien, mais, tel que rédigé, ça dit ceci: Peut directement formuler une plainte à l'agence toute personne qui utilise [des] services d'un organisme communautaire ou celle qui est hébergée dans une résidence privée d'hébergement ou dans une résidence pour personnes âgées titulaire d'un certificat de conformité. Donc, c'est «ou», c'est disjonctif, là. Ça signifie que la personne qui est hébergée dans une résidence privée d'hébergement qui n'a pas de certificat peut délivrer une plainte à l'agence.

M. Couillard: Qui devient le premier niveau de traitement de plainte pour cette situation-là; ça ne peut pas être le commissaire local, parce que ce n'est pas un établissement de santé.

Mme Harel: Et, à ce moment-là, l'agence ferait enquête?

M. Couillard: Oui, elle a un pouvoir d'enquête également dans le projet de loi.

Mme Harel: Bon. Parce que là vous voyez bien, quand l'agence va devoir mettre en place un système pour faire l'inspection ou l'enquête ou donner suite du moins à la plainte, alors on voit bien, il va y avoir un système parallèle, là, il va y avoir le système du commissaire local... Parce que c'est indiqué «dans une résidence pour personnes âgées titulaire d'un certificat de conformité»; ça veut dire qu'à ce moment-là elle ne pourrait même pas s'adresser au Protecteur des usagers?

Le Président (M. Copeman): On peut bien faire l'étude détaillée, là, si vous voulez, mais...

Mme Harel: Non. Non, mais vous voyez bien la confusion qui s'installe, là...

M. Couillard: Non, c'est clair.

Mme Harel: ...depuis le début de nos travaux, on dit clairement: C'est seulement les résidences avec certificat de conformité.

M. Ledoux (Georges): Est-ce qu'on peut commenter, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Avec plaisir. J'ai hâte que vous commentiez, même.

M. Ledoux (Georges): Le problème, bien le problème, c'est qu'on fait face à des entités peut-être qui sont différentes sur le plan juridique, parce que, n'oublions pas, là, on parle effectivement, à l'article 60, du niveau d'examen des plaintes par la régie régionale. Effectivement, on n'est pas au niveau local, le ministre le précisait tantôt.

Par contre, il y a trois entités, Mme la députée, pour répondre à votre question, qui sont visées dans l'amendement à l'article 23. On parle de résidences privées d'hébergement, et une résidence privée d'hébergement, ce n'est pas nécessairement une résidence pour personnes âgées titulaire d'un certificat; c'est qu'il va falloir le préciser, ça. Si je me trompe, dites-moi-le, mais ça ne semble pas être la même chose effectivement, parce que c'est des nouveaux concepts qui se retrouvent amendés dans l'article 23, et ce n'est pas la même chose, à ma connaissance, à moins que je me trompe. Peut-être que le ministre peut nous fournir des précisions.

Mme Harel: Ce n'est pas la même chose, c'est définitif. Mais la question, c'est bien plus de savoir: La plainte qui est transmise à l'agence, qu'est-ce l'agence fait avec? Parce que l'agence, là, va-t-elle pouvoir... Elle doit la transmettre au ministre, puis, bon, il faut qu'il y ait une procédure d'examen des plaintes, mais ce n'est pas une plainte qui s'en va au Protecteur des citoyens... au vice-protecteur des citoyens, donc il va y avoir deux systèmes. Puis, chaque agence peut avoir son propre mécanisme de traitement des plaintes, là, si on combine l'article 60 du projet de loi avec l'article 62. Non?

Le Président (M. Copeman): Me Ledoux? Oui, allez-y.

Mme Harel: Non, le ministre, le ministre.

Le Président (M. Copeman): Mais écoutez...

Mme Harel: Il va avoir le fin mot de la chose, là.

Le Président (M. Copeman): Non, non, je comprends. Il reste du temps du côté ministériel; au lieu de s'engager dans un débat, il reste du temps, alors soit vous poursuivez avec nos invités ou on va passer à droite, là. O.K., allez-y. M. le ministre.

● (11 h 20) ●

M. Couillard: Je vais clarifier ça, parce que de toute façon on y reviendra dans l'étude, on y reviendra dans l'étude détaillée de toute façon. Mais c'est important de bien clarifier. L'article actuellement, tel que modifié, dit: «Toute personne qui utilise les services d'un organisme communautaire [...] ou celle qui est hébergée dans une résidence privée d'hébergement ou par un organisme communautaire visés — au pluriel — à l'article 454 — ça, c'est une première catégorie — ou dans une résidence pour personnes âgées titulaire d'un certificat de conformité.» Donc, la première catégorie serait une résidence privée d'hébergement ou un organisme communautaire visés à l'article 454. D'accord?

Alors, qu'est-ce que l'article 454 de la loi actuelle? «Afin de permettre à des personnes en perte d'autonomie de recevoir différents services de santé ou services sociaux, la régie régionale peut attribuer à une personne qui exploite une résidence privée d'hébergement ou à un établissement privé non conventionné qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée une allocation financière pouvant varier suivant la nature des services offerts.»

Donc, il existe également un lien dans ces cas-là entre le système de santé et de services sociaux public et

la résidence privée, sous forme d'une entente contractuelle incluant une allocation financière telle que définie à l'article 454. Donc, pour ce type de situations là, le premier niveau de traitement d'une plainte devient le niveau, le palier régional. Ça ne peut pas être le palier local. Le palier local, c'est un établissement de santé. Donc, c'est le palier régional qui étudie la plainte en première instance et, en deuxième instance, c'est le Protecteur des usagers ou vice-protecteur du citoyen, éventuellement. Alors, on y reviendra de toute façon.

Mme Harel: On comprend à ce moment-là que les ressources familiales ou de type familial et les autres ressources pour lesquelles il y a versement d'allocation lorsqu'une personne est hébergée, il peut y avoir versement d'allocation, ces ressources-là n'auront pas besoin de demander un certificat. C'est ça, là, que je comprends, là. Il n'y aura pas de demande de certificat de conformité par ces ressources familiales qui hébergent des personnes qui sont référées, avec l'allocation, par le réseau public. Donc, là, on introduit vraiment deux régimes: un régime où le réseau public va pouvoir référer avec certificat de conformité puis un régime où le réseau public pourra verser des allocations sans qu'il y ait certificat de conformité.

M. Paradis (Régis): Est-ce qu'on s'adresse à nous ou... Je suis un peu désolé, je cherche à comprendre...

Le Président (M. Copeman): ...vraiment, là. Alors...

Mme Harel: Bon, on s'adresse à vous. Vous, vous en pensez quoi?

M. Paradis (Régis): D'accord. Merci, Mme la députée. Donc, on pourra le commenter.

M. Ledoux (Georges): Pour la question des allocations, ce n'est pas nécessairement visé par le projet de loi. Mais, pour la question de l'assujettissement, de toute façon, l'assujettissement des ressources, dont vous parlez, des ressources de type familial ou intermédiaire, ça, c'est déjà visé dans 60, au troisième paragraphe, là, dans toute la question de l'examen au palier régional. Ça, c'est déjà visé, ça ne change pas. Il n'y a pas un nouvel assujettissement. On ne reprend pas ce qui était déjà prévu dans la loi, et l'assujettissement est déjà prévu à la loi actuelle, déjà, alors...

Mme Harel: L'article est modifié. Alors, ce qui est dans la loi actuelle va être biffé.

M. Ledoux (Georges): Mais on comprend effectivement que c'est: remplacer, à la fin du troisième paragraphe, ce qui suit: «ou les résidences agréées aux fins de subventions visées à l'article 454» — c'est ça — par: «les résidences privées d'hébergement, les organismes communautaires et les résidences pour personnes âgées titulaires d'un certificat de conformité délivré en application de 346.0.3». Si effectivement il y a une omission dans l'article, parce qu'on aurait retiré involontairement les ressources qui étaient déjà décrites dans 60... il faudrait savoir si c'est volontaire ou involontaire, si c'est

la volonté du système, au contraire, d'accroître tout un volet plus large, là, d'examen des plaintes. Il faudrait juste vérifier si ce n'est pas involontaire, si ça a été retiré ou autrement visé.

Mme Harel: Alors, également, sur la question de la plainte verbale, hein, parce que ça aussi, ça semble confus, là, dans l'interprétation qu'on peut en faire. Dans le projet de loi, on retrouve, aux articles... attendez... 214, sur le chapitre Loi sur le Protecteur des usagers, on retrouve l'ajout des mots «verbale». Alors, c'est donc dire que le Protecteur des usagers pourrait recevoir une plainte verbale. Alors, voilà, c'est simplement... Je ne sais pas si vous aviez vu cette disposition-là? Je sais que mon collègue voudrait également pouvoir échanger avec vous, alors...

Le Président (M. Copeman): Il reste cinq minutes. M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Oui, M. le Président. Petite question concernant — et c'est un retour en arrière, là, sur le sujet de conversation qu'on avait précédemment — concernant la représentation des infirmières et infirmiers auxiliaires sur les comités consultatifs ou sur les comités infirmières et infirmiers régionaux. J'ai entendu des arguments de deux natures pour... enfin lorsque vous plaidez pour augmentation de votre représentation sur ces comités, dont le conseil d'administration, par exemple. Le premier type d'argument réfère aux transformations que subit le système depuis la loi n° 25 et n° 30. Et le deuxième type d'argument, c'est plus du niveau de l'équité interprofessionnelle, d'une certaine façon.

Il y a un troisième type d'argument que j'aimerais que vous puissiez explorer devant nous, c'est: Quels sont les aspects spécifiques qu'une augmentation de votre représentation sur ces comités-là, quels sont les aspects, vus du point de vue de la qualité de vie des patients, du point de vue de leur santé, du point de vue de la qualité des soins, quels sont ces aspects spécifiques que vous pourriez voir mieux servis si on avait plus de votre groupe sur ces comités?

M. Paradis (Régis): Il faut savoir, M. le député, que l'infirmière auxiliaire est sans doute le professionnel le plus près du patient. Elle fait, lors de son travail, très peu de gestion et d'administration, pour ne pas dire aucun. Donc, elle passe la quasi-totalité de son temps auprès de la personne malade, auprès du bénéficiaire. Donc, elle est en mesure vraiment de bien évaluer sa condition. Or, lorsqu'on cherche des solutions à des difficultés, au conseil d'administration... Pensons finalement à tout l'aspect du C. difficile, est-ce qu'on peut trouver finalement des solutions pour aider à enrayer cet effet-là — ça, ça a été quasiment un fléau — donc l'expertise, la connaissance du milieu de l'infirmière auxiliaire pourrait certainement permettre, sans aucun doute de ma part, pourrait certainement permettre de contribuer à trouver des solutions à cette difficulté-là ou ce genre de difficulté là.

Et, moi, je pense qu'on se priverait d'une ressource extrêmement précieuse au conseil d'administration en n'intégrant pas une infirmière auxiliaire. Et cela touche

vraiment — là, vous en conviendrez — directement la qualité des soins, parce que le conseil d'administration a notamment cette responsabilité-là de trouver des solutions lorsqu'arrive une situation comme celle dont je viens de parler. Et, pour moi, là, vraiment, outre effectivement la possibilité de l'infirmière auxiliaire... Parce que les choses ont changé au niveau de la loi au fil du temps, depuis 1991. Je pense que, dans ce sens-là, vraiment l'infirmière auxiliaire pourrait donner sa pleine mesure pour contribuer à retrouver une meilleure qualité des soins dans les unités dans différents centres hospitaliers ou hébergement de soins de longue durée. Peut-être que ma collègue...

Mme Levasseur (Diane): Il faut ajouter qu'actuellement, je veux dire, en principe on est autorisés à poser notre candidature au sein du conseil d'administration, avec l'article 133.0.1, sauf que c'est vraiment illusoire, parce qu'on va poser notre candidature dans un forum où on ne participe à aucun travail au sein du conseil multidisciplinaire, et vous savez que le mode de désignation fait en sorte que les gens se réunissent en assemblée, et évidemment qu'on ne désignera pas une personne qui ne fait pas partie du forum. Donc, dans ce sens-là, les infirmières auxiliaires — et on l'a vu — on n'en a plus du tout, d'infirmières auxiliaires, au sein du conseil d'administration. Donc, tout le monde, je pense, a une chance d'être élu ou d'être désigné au conseil d'administration, je vous dirais, à l'exception des infirmières auxiliaires, parce qu'on leur fait miroiter qu'elles pourraient être sur le conseil d'administration.

D'autre part, je voudrais revenir sur le fait: C'est quoi, l'apport des infirmières auxiliaires? Si je reviens, par exemple, on parlait de comités consultatifs, si je reviens au mandat du comité des infirmières auxiliaires, le comité, il a pour fonction d'apprécier la qualité des soins infirmiers posés par les personnes, par les infirmières auxiliaires dans l'établissement, donc on touche directement à la qualité, puis s'assurer que les gens aussi qui donnent ces soins-là, je veux dire, prennent des moyens pour maintenir leurs compétences à jour, donc toujours assurer la qualité des soins. Pour faire ça, pour remplir adéquatement ce mandat-là, entre autres, évidemment que, lorsque les infirmières auxiliaires... à trois, je pense que c'est impossible, trois personnes, de s'acquitter convenablement d'un mandat comme ça, lorsque l'établissement va comporter six, sept, huit, 10, 12 ou 14 centres. Donc, c'est dans ce sens-là que, nous autres, on veut une représentation plus importante puis équitable avec les autres groupes de professionnels. Je pense que c'est normal de vouloir, nous aussi, participer, dans l'établissement, à tous les forums où on va discuter de qualité de soins puis d'amélioration de la qualité des soins.

• (11 h 30) •

M. Paradis (Régis): Vous me permettez un mot de la fin de cinq secondes, M. le Président, à l'effet de dire que je réitère notre demande auprès du ministre pour qu'il prenne en haute considération les demandes dont nous avons fait... concernant la places des infirmières auxiliaires au sein des diverses instances et surtout, notamment, au conseil d'administration des établissements. Merci.

Le Président (M. Copeman): Nous avons compris. Merci, M. Paradis, Mme Levasseur, Me Ledoux, d'avoir participé à cette commission parlementaire...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Pardon?

M. Couillard: Il reste huit minutes?

Le Président (M. Copeman): Oui, il reste du temps, M. le ministre.

M. Couillard: Juste pour un éclairage, pour nous préparer encore mieux à la discussion article par article, qui promet d'être passionnante et courte, j'en suis sûr, parce qu'on voudra accélérer la venue de ces dispositions-là.

Une voix: ...

M. Couillard: Fructueuse, oui.

Alors, bien, pour revenir sur la question des niveaux de plainte, parce que c'est important qu'on comprenne les principes pour revenir à la discussion plus tard, l'article que je vous ai lu tantôt fait allusion à l'article 454 de la loi, où il existe des relations de type contractuel, incluant une allocation financière, entre ce qu'on appelait avant la régie régionale puis qui est maintenant l'agence et, par exemple, une résidence privée. Ça, c'est un élément où le premier... et c'est logique, parce que c'est l'agence qui est concernée par le contrat, c'est logique que le premier niveau de plainte soit le niveau régional.

Dans une autre éventualité, je vous reporte à l'article 34 de la loi actuelle, la loi de santé et de services sociaux, c'est très bien dit, là, que, lorsqu'on a une — je reviens à votre question de tantôt — une ressource intermédiaire ou une famille d'accueil qui est liée par contrat avec un établissement, à ce moment-là le premier niveau, dans ce cas-là, est le commissaire local. Donc, c'est logique et cohérent, et on y reviendra pendant la...

Le Président (M. Copeman): Alors, de nouveau, merci, messieurs, madame, d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. J'invite maintenant les représentants du Regroupement provincial des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement de prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission poursuit ses travaux, et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentants du RPOCAA. Ayant à deux reprises décliné le nom de votre organisme dans son ensemble, j'ai choisi d'utiliser l'acronyme pour cette fois-ci.

Mme la présidente Thériault, bonjour. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation, qui sera suivie par un échange d'une période maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Je vous demande de présenter les personnes qui vous accompagnent et d'enchaîner avec votre présentation.

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

Mme Thériault (Jacinthe): Bonjour, M. le Président. Messieurs et mesdames de la commission, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, bonjour. Permettez-moi d'abord de vous présenter les personnes qui m'accompagnent: à ma droite, Mme Nathalie Lavoie... à ma gauche, l'autre droite, Mme Nathalie Lavoie et M. Serge Arel, et, à ma droite, ma véritable droite, Mme Nathalie Adams. Donc, je vous remercie infiniment, je remercie la commission de nous recevoir. Et permettez-moi de vous présenter dans son ensemble le Regroupement provincial des organismes d'assistance et d'accompagnement.

Donc, le RPOCAA représente 14 organismes régionaux, appelés communément des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes — des CAAP, si vous voulez — mandatés par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour assister et accompagner sur demande les usagers qui désirent porter plainte en référence à l'article 76.6 de la présente loi.

Par ce mandat, ces organismes indépendants du réseau ont pour fonctions d'informer l'utilisateur sur le régime de plaintes, de l'aider à clarifier l'objet de sa plainte, la rédiger au besoin, l'assister et l'accompagner à chaque étape du recours et de faciliter la conciliation avec toute instance concernée. De plus, par le soutien qu'ils assurent à l'utilisateur, les CAAP contribuent au respect de ses droits ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des services. Ils répondent aux demandes de toutes les personnes, sans discrimination et sans étiquette de clientèle. Ils sont présents dans chacune des régions du Québec et pour tous les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux. Ils sont près des usagers, de leurs préoccupations, ils répondent à leurs besoins et les aident à faire respecter leurs droits. Les CAAP collaborent entre eux, et un numéro unique, sans frais, provincial facilite l'accès des usagers au CAAP de leur région respective. Le point de vue du regroupement est donc basé sur ce lien privilégié qui unit les CAAP avec les usagers depuis l'implantation du régime d'examen des plaintes.

À titre d'exemple, la période d'avril 2001 à septembre 2004, nous avons aidé plus de 12 680 usagers dans différentes catégories de services, notamment l'information référence, le support conseil pour les usagers dans une démarche reliée au respect de leurs droits dans le réseau de la santé et finalement l'assistance et l'accompagnement dans une démarche formelle de plainte. Nous reviendrons plus tard dans une explication plus définie de nos rôles et fonctions. La position du regroupement sur le présent projet de loi s'appuie donc sur l'expertise développée depuis plus de 11 ans auprès des collaborateurs du régime de plaintes et est basée sur la parole des usagers, le respect de leurs droits et l'amélioration des services. Vous aurez donc un point de vue terrain sur les modifications proposées.

Nous nous sommes donc attardés sur les articles de loi qui touchent notre compétence: les droits des usagers et le régime d'examen des plaintes. La position du regroupement est basée a priori sur les prémisses suivantes: notre lien privilégié avec l'utilisateur tout au long de sa démarche — nous sommes là avant, pendant et après;

notre approche est centrée sur l'écoute et l'identification du besoin de la personne; l'expertise unique que nous développons depuis plus de 11 ans; et notre contribution au régime du... au sein du régime, pardon, reconnue et documentée, entre autres lors de la recherche sur l'évaluation des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

Cette dite recherche, d'ailleurs financée par le ministère Santé et Services sociaux, est une importante source d'information sur les CAAP mais également sur le régime d'examen des plaintes. L'équipe PRISM du CLSC Hautes-Rivières était supervisée par un comité aviseur constitué de différents partenaires et de représentants d'utilisateurs. Les résultats de l'équipe de chercheurs se retrouvent à l'intérieur de deux tomes qui sont disponibles au ministère. Un rapport synthèse et 22 recommandations ont également été déposés en 2002. Les chercheurs se sont basés principalement sur des entrevues avec les directeurs de tous les CAAP, les commissaires locaux et régionaux et des usagers de quatre CAAP des régions centres à éloignées.

La notion d'amélioration de la qualité des services est atténuée dans le présent projet de loi. Pourtant, l'objectif de qualité va plus loin que la réponse à l'utilisateur qui a porté plainte, elle vise à ce que la situation ne se reproduise plus. La qualité dépasse l'individu pour se diffuser au collectif, et c'est ce que souhaite l'utilisateur quand il porte plainte. L'équipe de chercheurs a relevé d'ailleurs ces objectifs concernant des usagers qui ont déposé une plainte, soit le respect de leurs droits, l'affirmation de soi, l'amélioration des services et le bien des autres.

Vous comprendrez que nous avons des réserves sur l'application de certaines propositions qui nous apparaissent basées sur de nouveaux principes et des perceptions en réaction à certains événements plutôt que sur une vision globale du régime. Il faut se rappeler les objectifs du régime: une approche centrée sur l'amélioration continue des services, l'évaluation de la satisfaction de la clientèle et le respect et la protection des droits des usagers. Nous ne pouvons ignorer l'évolution du régime de plaintes, qui a connu différentes phases de changement au cours des ans. Nous souhaitons que les changements qui seront apportés au régime d'examen des plaintes s'inscrivent dans un continuum aux modifications précédentes et répondent aux besoins des usagers.

Pour les fins de notre présentation devant vous et afin de faciliter la compréhension de notre point de vue, nous avons choisi de vous présenter une synthèse de notre mémoire et plus particulièrement nos recommandations, qui selon nous devraient alimenter votre réflexion dans le présent projet de loi. Par la suite, nous vous invitons à lire notre mémoire. Donc, nos recommandations se retrouvent à l'annexe I de notre mémoire, si vous voulez faire le suivi avec nous. Donc, sans plus tarder, je vais céder la parole à Mme Lavoie qui vous entretiendra du premier sujet.

Mme Lavoie (Nathalie): Donc, le premier thème, qui est l'assistance et l'accompagnement. Vous dire un peu, être assisté par un CAAP, c'est, entre autres, rencontrer un conseiller professionnel expérimenté, impartial, organisé, qui favorise son accès au régime et le soutient dans cette expérience. L'assistance par un CAAP va au-delà

de la rédaction de plainte, sans le représenter, mais en l'accompagnant dans son droit de parole.

● (11 h 40) ●

Afin de situer la commission sur notre vision du mandat qui nous est désigné, la recherche d'évaluation mentionne: «Dans les CAAP, les conseillers ont aussi une vision bien à eux de la plainte et du régime d'examen. En fait, c'est à travers la lunette du mandat qui leur est confié qu'ils regardent les choses. Les droits des usagers est ce qui les préoccupe au-delà de tout. L'expression de l'insatisfaction est un droit qu'il faut défendre, et c'est à cette défense qu'ils s'engagent lorsqu'ils guident et accompagnent les usagers.»

Maintenant, au niveau de nos recommandations concernant l'assistance et l'accompagnement, la première: S'assurer que le ministre désigne un organisme communautaire à mandat exclusif pour l'assistance et l'accompagnement, tel que recommandé dans la recherche. Celle-ci a étudié cette particularité et en a conclu: «La mission d'assistance et d'accompagnement des usagers qui portent plainte soit confiée à un organisme communautaire qui en a le mandat exclusif.» Cette recommandation a été approuvée par le comité aviseur de la recherche, qui était composé de représentants du ministère, du Conseil pour la protection des malades, des régions régionales d'alors, du bureau du Protecteur des usagers et de l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées. Le législateur a-t-il réalisé l'impact de l'ajout du mandat d'assistance et d'accompagnement à un organisme qui a une autre mission?

D'autres aspects doivent également être pris en considération: le respect du cadre de référence en matière d'action communautaire, adopté par le gouvernement en août 2004. Par l'introduction de cet alinéa, le projet de loi vient une fois de plus semer la confusion dans les rôles et responsabilités. Nous avons développé une approche qui correspond aux besoins des usagers, et il y est satisfait dans l'approche que nous avons développée. Nous nous formons sur l'approche de conciliation et nous avons entrepris l'implantation d'un programme d'amélioration continue de la qualité. Le mandat d'assistance et d'accompagnement versus la défense des droits répond à des besoins différents et doit être conservé de façon distincte afin de respecter le choix de l'utilisateur. On doit respecter l'utilisateur qui ne veut pas être identifié à une clientèle distincte.

Notre deuxième: Appliquer les recommandations de l'évaluation concernant le financement des CAAP et octroyer le financement lié à l'élargissement du mandat. Nous sommes toujours en attente de la concrétisation des engagements.

Troisième recommandation: Étudier le droit d'être assistés et accompagnés par les CAAP pour les usagers qui acheminent une demande d'enquête au syndicat des corporations professionnelles. Dans le projet de loi, il y est reconnu le besoin des usagers que nous puissions les accompagner auprès des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens.

Concernant la quatrième recommandation sur l'assistance et l'accompagnement: Inclure, à l'article 75 de la loi santé et services sociaux, l'immunité pour le personnel des CAAP. La loi prévoit l'immunité pour toutes les personnes qui traitent les plaintes, les consultants, les

experts externes et les conseils d'administration ou un de leurs membres. L'utilisateur qui porte plainte est également protégé contre les recours. Cependant, aucune protection n'est garantie au personnel des CAAP, et particulièrement avec l'élargissement du mandat pour les plaintes disciplinaires acheminées au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Maintenant, je vais passer au deuxième volet, concernant le commissaire local et régional. La cinquième recommandation du regroupement: Que la nomination du commissaire local et régional par le conseil d'administration de l'établissement soit faite sur recommandation d'une équipe multidisciplinaire qui pourrait être composée d'un membre de la direction générale, d'un membre de la direction des ressources humaines, d'un membre de la direction des soins professionnels, d'un membre de la direction des soins infirmiers et d'un membre du comité des usagers. Donc, désignation par un processus de sélection.

Notre sixième recommandation: Que le conseil d'administration de l'établissement s'assure que le commissaire désigné a obligatoirement une approche conciliante et ouverte. Bien qu'il soit nécessaire d'encadrer le rôle du commissaire, nous constatons que la satisfaction de l'utilisateur dans son expérience de porter plainte ou de dénoncer est fortement influencée par l'attitude et l'approche de la personne qui examine la plainte. Le succès du régime de plaintes va au-delà des fonctions. La personnalité et l'intérêt à occuper ce poste sont des critères majeurs.

La septième recommandation: Que le nom soit «commissaire aux plaintes et à la qualité». Nous sommes en désaccord avec le fait de limiter le commissaire à la fonction de plainte. Le mandat de traiter les plaintes et de voir à la qualité permet une vision globale de l'établissement. Le projet de loi ramène le titre de commissaire local aux plaintes. Ce que l'on retrouvait comme appellation auparavant: responsable des plaintes. Le changement d'alors, commissaire à la qualité, était de faciliter l'accès, puisque le mot «plaintes» était perçu comme négatif. Il semblerait que ce n'est plus ce qui prime. Nous sommes évidemment d'accord pour ajouter le pouvoir d'initiative. Toutefois, plusieurs commissaires l'exerçaient déjà sur le volet qualité.

La huitième recommandation: Assurer la confidentialité du dossier de plainte de l'utilisateur lors de la transmission des recommandations au conseil d'administration ou obtenir son consentement. Comment le commissaire transmettra-t-il les recommandations au conseil d'administration? Par des copies des conclusions? Il y a là un risque pour la confidentialité. L'utilisateur ne veut certainement pas que ces copies se retrouvent auprès d'autres personnes.

Mme Adams (Nathalie): Donc, je vais poursuivre.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme Adams?

Mme Adams (Nathalie): Oui.

La Présidente (Mme Charlebois): Allez-y.

Mme Adams (Nathalie): Excusez-moi. Je vais poursuivre, concernant les médecins examinateurs des

comités de révision. La neuvième recommandation du regroupement: Que soit enlevé, à l'article 14, que le directeur des services professionnels peut être nommé comme médecin examinateur. La fonction unique du commissaire a pour objectif d'éviter des conflits d'intérêts, d'assurer une meilleure objectivité dans le traitement de la plainte et de réduire le temps de traitement pour obtenir les conclusions. Selon nous, il faut éviter que des fonctions du médecin examinateur dans une autre sphère de sa pratique amènent ce dernier à être exposé aux mêmes problématiques qui sont vécues présentement par les commissaires. En ce qui concerne les comités de révision, le problème est dans l'application, car, encore à ce jour, des établissements n'en ont pas ou n'en ont plus. Le problème actuel n'est pas l'adoption de procédures, mais la désignation de médecins examinateurs et des comités de révision.

En ce qui concerne les comités d'usagers, nous avons deux recommandations. La recommandation n° 10: Que la fonction d'assistance et d'accompagnement soit retirée aux comités des usagers, si leur présence est retenue sur les comités de vigilance, afin qu'ils puissent y remplir leur rôle sans conflit d'intérêts.

Et: Que l'on reconnaisse leur apport essentiel dans les milieux de vie et les autres établissements où ils sont présents en les soutenant dans leur rôle de défense des droits.

Dans la situation très probable où le membre du comité des usagers qui participe au comité de vigilance a aussi assisté l'utilisateur dans la rédaction de sa plainte, il y a encore une fois un problème d'application et de conflit d'intérêts lorsqu'il s'agit d'assistance et d'accompagnement. De plus, plusieurs réfèrent les usagers ou les représentants au CAAP. Les principales raisons évoquées sont qu'ils ont peur des représailles pour eux ou pour leurs membres de leurs familles, qu'ils n'ont pas les connaissances requises pour effectuer cette fonction, leur manque de disponibilité comme bénévoles et que fréquemment des postes sont vacants. Bien que simplifié, il n'est pas facile de porter plainte. Les situations sont souvent complexes, exigent des connaissances variées. La défense des droits collectifs est par contre le rôle où ils se sentent le plus efficaces. La représentation et le rôle de défense des droits des usagers par ces comités sont essentiels.

En ce qui concerne le comité de vigilance, comme la qualité des services est l'une des responsabilités du conseil d'administration, nous croyons que le comité de vigilance, qui relèvera de la plus haute autorité de l'établissement et de l'agence, pourra pallier les problèmes de l'application des recommandations. L'avenir nous le dira.

En ce qui a trait au comité de vigilance dans un établissement privé, nous avons des réserves au fait que, pour un établissement privé non constitué en personne morale, seul le titulaire du permis fera office de comité de vigilance. Dans la pratique, est-ce que cela aura autant d'impact?

Mme Thériault (Jacinthe): Pour la poursuite, M. Arel va poursuivre.

La Présidente (Mme Charlebois): M. Arel.

M. Arel (Serge): Concernant maintenant les recommandations au sujet du Protecteur des usagers, la

recommandation n° 12 dit: Que le ministère s'assure, en collaboration avec le Protecteur des usagers, que le personnel des établissements soit formé, à tout le moins informé des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes.

À la recommandation n° 13: Pour pallier le doute de l'application des recommandations, le commissaire local ou régional et le Protecteur des usagers informent les usagers, par écrit ou verbalement, des suites données aux recommandations.

À la recommandation 14: Une vision globale du régime doit être conservée afin d'assurer une continuité, un portrait, une vue d'ensemble et une équité entre les régimes.

À la recommandation n° 15: Le bureau du Protecteur des usagers doit conserver son rôle de conseil, soit juridique, formation, promotion, et elle peut le faire en partenariat avec les agences également et en faire rapport à la fin de chaque année.

À la recommandation n° 16: Que l'utilisateur qui a déposé une plainte verbale reçoive un libellé de sa plainte du commissaire ou du délégué du Protecteur des usagers afin de confirmer l'interprétation de celle-ci. Donc, en résumé, répartir certains pouvoirs dévolus au Protecteur des usagers ou à d'autres instances également lui fera perdre selon nous sa vision globale du régime et des problèmes qui y perdurent. Nous nous demandons que deviendra la notion de «protéger les usagers».

• (11 h 50) •

Maintenant, au sujet des résidences privées et du certificat de conformité, le regroupement émet trois propositions. Donc, à la... Quatre, plutôt. Donc, au n° 17: Que le ministère de la Santé et des Services sociaux exige, pour posséder ou exploiter toute résidence privée pour personnes âgées, l'obtention d'un permis d'exploitation renouvelable à une période déterminée. Ce permis devra arrimer les lois, les règlements et un cadre socio-sanitaire défini spécifiquement attribué aux résidences privées. Que le non-respect des éléments relatifs au permis d'exploitation pourrait entraîner des pénalités, la suspension, la révocation du permis ou la mise en tutelle de la résidence.

À la recommandation 18: Que l'agence, avec les pouvoirs qui lui seront délégués, soit autorisée à émettre, à surveiller, à suspendre ou à révoquer un permis d'exploitation.

À la recommandation 19: D'élargir le pouvoir d'intervention du Protecteur des usagers à toutes les résidences titulaires d'un permis d'exploitation.

Et, à la recommandation 20: D'ajouter aux CAAP le mandat d'assurer l'assistance et l'accompagnement sur demande pour les résidents ou leurs représentants désirant porter plainte auprès d'une résidence privée pour personnes âgées.

J'irai maintenant concernant le dossier de l'utilisateur et le dossier de plaintes. Nos recommandations sont, au n° 21: Que l'utilisateur conserve son droit de confidentialité en ce qui a trait aux renseignements personnels le concernant. Nous voulons ainsi dire que nous croyons que l'utilisateur devrait continuer à maintenir son consentement. De plus, toute démarche visant à l'échange de renseignements devrait être faite dans la plus grande transparence et reposer sur l'exigence d'un consentement éclairé. Pour nous, le lien de confiance, si important

dans la relation professionnel-usager, ne doit pas être amoindri.

À la recommandation 22: Que le professionnel n'ait pas accès à tout le dossier de plainte de l'utilisateur. Donc, pour nous, il est important que le professionnel devrait avoir accès à la partie de plainte le concernant, mais pas à tout le dossier, par souci de confidentialité.

À la recommandation 23: Que les usagers qui consentent au service de conservation de certains renseignements de santé soient obligatoirement informés au préalable des catégories d'information reliées à chacun des profils et des droits d'accès. Pour être valide, pour nous, un consentement doit être libre et éclairé, limité dans le temps et donné à des fins spécifiques. Pour un consentement libre, l'utilisateur doit avoir toute l'information...

La Présidente (Mme Charlebois): M. Arel, je vous invite à conclure parce qu'il reste quelques minutes.

M. Arel (Serge): Je vais laisser la conclusion à Mme Thériault.

Mme Thériault (Jacinthe): Donc, le régime d'examen des plaintes est incontestablement un outil essentiel au respect des droits des usagers ainsi qu'à l'amélioration des services de santé et services sociaux. Selon nous, le moyen le plus efficace pour améliorer le régime n'est pas tant au niveau des procédures et des structures, mais bien dans la correction de mesures d'application et dans les changements de mentalité.

Cependant, les responsabilités des partenaires du régime des plaintes doivent être claires. Une vision globale du régime et un leadership provincial doivent demeurer.

Vu le lien privilégié, les CAAP sont témoins des difficultés que les usagers rencontrent et éprouvent lorsqu'ils utilisent un régime d'examen des plaintes. L'écoute de leurs besoins, de leurs attentes, de leurs espoirs augmente la reconnaissance de la légitimité de leur démarche. C'est dans cet esprit que le regroupement traduit par ce mémoire les préoccupations des usagers et les relations que les CAAP entretiennent avec eux. Nous souhaitons que notre avis permette à la Commission des affaires sociales et au ministre de la Santé d'avoir un éclairage supplémentaire sur les changements proposés. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Mme Thériault, et à tout votre groupe. Je désire par ailleurs vous rappeler qu'au cours des échanges les points que vous n'avez pas pu toucher au complet dans votre mémoire, vu la durée limitée dans le temps, vous pourrez certainement échanger avec les parlementaires pour les débattre.

Maintenant, nous allons débiter l'échange avec M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, Mme la Présidente. Bonjour, mesdames, monsieur, merci pour votre communication ce matin. D'entrée de jeu, je voudrais vous remercier pour la contribution que vous avez faite au groupe de travail sur le traitement des plaintes, qui a donné lieu à la plupart des changements qui sont inscrits

au projet de loi et qui reprennent, je dirais, pas toutes, mais la majorité des recommandations du groupe de travail, et que ça a été, pour nous, très instructif de pouvoir collaborer ensemble lors de l'élaboration de ces choses-là.

Je dirais que, dans les 24 recommandations, plusieurs ne présentent pas de problème, ou on peut d'emblée vous dire qu'elles sont accueillies favorablement, comme par exemple la question du nom. On en a parlé hier, là, la raison pour laquelle on a ajouté «aux plaintes», c'était dans la recommandation du groupe de travail, que la personne sache exactement où aller pour faire une plainte, mais on ne veut pas nécessairement enlever le volet qualité. Alors, ce que vous suggérez, c'est un heureux compromis, me semble-t-il, qui devrait nous permettre de conserver ces deux aspects.

Évidemment, on n'aura pas le temps, dans notre échange, de couvrir les 24 recommandations, mais je vais en prendre juste quelques-unes pour échanger avec vous. D'abord, la question du médecin examinateur, où vous ne voulez pas qu'on puisse, ce qui est prévu actuellement dans le projet de loi, permettre au directeur des services professionnels d'agir comme médecin examinateur. En fait, vous nous recommandez de retirer cette disposition.

Je vais me baser un peu sur mon expérience personnelle dans un centre hospitalier qui était de grande taille puis vous amener à réfléchir à des plus petites régions, comme par exemple la Gaspésie. Je pense que Mme Adams vient de la Gaspésie. Quand on a eu un poste vacant de médecin examinateur, on a eu aucune, aucune manifestation de volontaire pour exercer le poste... Pendant huit mois, il n'y avait rien. Personne ne voulait... personne ne veut être médecin examinateur. Ce n'est pas nécessairement facile, pour un médecin qui pratique dans un établissement, qui est en contact quotidien avec ses collègues, d'agir comme médecin examinateur.

On comprend que c'est un rôle d'amélioration de la qualité puis on le présente toujours positivement, mais, quand on dirige un département ou un hôpital puis qu'on va expliquer ça aux médecins qu'on sollicite, parce qu'on sait quel genre de personnes, comme vous le dites, sont plus aptes à exercer ces fonctions-là, souvent ça peut être long avant qu'on trouve quelqu'un qui accepte de faire cette fonction-là, et il faut donc prévoir un mécanisme par lequel le poste est toujours occupé. Dans notre cas, pendant huit mois, on n'a eu aucun traitement de plainte, parce qu'il n'y avait pas de médecin examinateur. Alors, il faut qu'il y ait quelque chose de prévu, là. On ne peut pas dire non plus un substitut, parce qu'un substitut, c'est quoi, hein? Alors, il faut qu'il y ait quelque chose de concret, là, qui soit établi.

Je reste dans le domaine des professionnels, puis ensuite on pourra toucher les autres questions. Dans votre recommandation 22: Que le professionnel n'ait pas accès à tout le dossier de plainte de l'utilisateur, je pense que ça doit être mieux balisé et mieux expliqué. Parce que, moi qui, dans ma vie antérieure, expliquais à mes collègues c'était quoi, le régime de plaintes, pourquoi ce n'était pas nécessairement la police ou la menace, que j'étais là pour améliorer les choses, ce qu'ils me disaient: Ce n'est quand même pas normal, moi, comme professionnel de la santé, que je ne sois averti qu'en bout de

course qu'il y a une plainte à mon endroit. Tout le monde en parle dans l'hôpital, moi, je ne suis pas au courant puis je ne sais même pas de quoi il est question, qu'est-ce qu'on me reproche exactement. Alors, je pense que, par équité, vous allez être d'accord, je crois, que la personne qui est visée par une plainte doit être mise au courant, en même temps que le mécanisme en général, qu'il y a une plainte qui est déposée sur tel et tel aspect.

Maintenant, je comprends que peut-être que certains aspects du dossier de plainte peuvent être laissés à l'écart, mais il faut faire attention également de respecter ce principe d'équité. Si on veut que le régime soit crédible, si on veut que les gens y adhèrent, il faut qu'ils sentent que leurs droits à eux également sont respectés, vous comprenez? Alors, comment est-ce que vous baliseriez cette recommandation-là? Puis qu'est-ce que vous auriez à répondre à ma remarque sur la question du directeur des services professionnels ou du rôle du médecin examinateur?

La Présidente (Mme Charlebois): Qui peut intervenir? Mme Lavoie.

Mme Lavoie (Nathalie): Oui. Je peux en tout cas donner ma première réaction, là, sur vos propos. Concernant le médecin examinateur, on est bien placés pour savoir qu'il en manque, puis des comités de révision aussi, qu'il y a un problème. C'est sûr que, nous aussi, on a réfléchi à d'autres possibilités, à d'autres solutions, et ce qu'on a pu remarquer, entre autres, là, dans ma région du Bas-Saint-Laurent, il y a un médecin à la retraite qui a été désigné comme médecin examinateur, et ça a très bien fonctionné. Ça fait que ça, ce peut être une solution. Pour nous, que ce soit le DSP, c'est vraiment... disons, c'est le dernier recours, ultime, qu'on pense qu'il peut y avoir d'autres moyens, entre autres le médecin à la retraite.

Concernant l'accès, au niveau du dossier de plainte, j'ai envie de vous dire... Quand vous dites que tout le monde en parle dans l'établissement puis que le professionnel n'est pas au courant, moi, je pense qu'il y a un problème de confidentialité, à ce moment-là, et le professionnel, souvent, en tout cas dans notre pratique, il est une des personnes interrogées, et même souvent avant l'utilisateur, par le commissaire local. En tout cas, nous, ce qu'on voit, le professionnel est une des premières personnes où le commissaire local va aller voir, il va prendre ses observations. Nous, ce qu'on... Justement dans le but de protéger la confidentialité, on sait très bien qu'il doit avoir les informations pour pouvoir répondre au commissaire local.

Mais, parfois, dans la plainte, quand l'utilisateur porte plainte, c'est rarement au niveau d'un professionnel seulement. Il peut avoir d'autres objets de plainte et d'autres problèmes et que ça touche aussi d'autres personnes. Alors, c'est pour ça qu'on dit qu'il ne doit pas avoir accès au dossier de plainte au complet, parce que, dans le dossier de plainte souvent et même dans la plainte, il y a d'autres professionnels qui sont nommés ou d'autres problèmes d'organisation. Parce que les plaintes au niveau professionnel, c'est quand même... ce n'est pas une majorité de plaintes, d'objets de plainte qui touchent les professionnels, hein, on sait que c'est davantage des problèmes d'organisation.

M. Couillard: Oui, c'est vrai, la plupart des plaintes portent sur des problèmes d'accessibilité ou des problèmes d'organisation, comme vous dites, souvent des problèmes de communication également. C'est souvent ce qu'on retrouve quand on étudie ces éléments-là.

● (12 heures) ●

La question de l'exclusivité, là, dans les... c'est une de vos premières recommandations, je crois que c'est la première, en fait. En fait, ce que vous recommandez, c'est qu'il y ait un seul organisme qui soit désigné comme étant responsable de cette mission qui est la vôtre, et je comprends la raison pour cette recommandation-là.

Cependant, la raison pour laquelle cette disposition est présente dans le projet de loi, c'est spécifiquement pour répondre aux demandes et aux besoins spécifiques du milieu de la santé mentale, qui nous ont dit: Écoutez, il faut que les groupes qui ont une habitude de contact avec les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, qui connaissent bien ces problèmes, qui sont parfois très différents des problèmes de gens qui sont dans les établissements de santé, il faut également que... et laisser à ces groupes le mandat, la possibilité d'exercer le mandat pour la population aux prises avec des problèmes de santé mentale, et je pense particulièrement aux associations de défense de droits régionales, là, de défense de droits des personnes avec des problèmes de santé mentale. Ça me semble, moi, légitime comme demande, compte tenu du milieu spécifique dont il est question. Est-ce que vous pourriez élaborer là-dessus?

La Présidente (Mme Charlebois): Mme Thériault.

Mme Thériault (Jacinthe): ...hein, nous aussi, on trouve ça légitime, c'est plus dans la spécificité, puis je vais laisser Mme Lavoie vous donner notre point de vue.

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

Mme Lavoie (Nathalie): Concernant ce niveau-là, ce qu'on se rend compte souvent, c'est qu'on mélange assistance et accompagnement et défense de droits. Et je pense que les organismes en défense de droits sont d'accord avec nous, ils veulent... et, lorsqu'ils ont fait des interventions à ce niveau-là, ce qu'ils désirent, c'est que la défense de droits soit reconnue, et nous sommes tout à fait en accord avec ça.

Par contre, la façon que c'est proposé dans le projet de loi, c'est de leur donner un mandat supplémentaire d'assistance et accompagnement. Nous, ce qu'on dit, c'est qu'on fait de l'assistance et de l'accompagnement ou on fait de la défense de droits. C'est deux rôles qui sont différents et qui sont nécessaires. Les deux sont nécessaires, autant au niveau des comités d'utilisateurs qui font aussi de la défense de droits. Pour nous, c'est très clair que c'est essentiel qu'il y ait des organismes en défense de droits.

C'est vrai qu'au niveau... Dans le projet de loi, on parle des organismes en santé mentale, mais on pourrait vous dire aussi les organismes en défense de droits de personnes handicapées. Pourquoi seulement au niveau de la santé mentale? C'est aussi une question

qu'on s'est posée, parce qu'il y a d'autres organismes communautaires qui existent en défense de droits et qui sont aussi très importants. Pourquoi la défense de droits en santé mentale? Mais, pour nous, c'était important de bien différencier les deux, parce que c'est difficile de faire de l'assistance et de l'accompagnement et faire de la défense de droits en même temps. Parce que, lorsqu'on fait de l'assistance et de l'accompagnement, on ne fait pas de représentation, alors que, lorsqu'on fait de la défense de droits, on fait de la représentation. Ça fait que c'est plus ça, nous, ce qu'on voulait décrire dans le projet de loi. Mais on est tout à fait d'accord à appuyer les organismes en défense de droits, et, pour nous, ils sont essentiels.

M. Couillard: Je pense que c'est une réponse très intéressante, puis votre réponse est très bien construite parce qu'elle fait la différence entre la défense de droits et l'accompagnement. Maintenant, admettons l'hypothèse qu'effectivement on se rende à cet argument-là puis qu'on dise qu'il ne doit y avoir qu'un organisme, comment vous allez répondre, vous, aux demandes et aux besoins spécifiques des gens qui sont dans le domaine de la santé mentale et qui sont souvent, encore une fois, aux prises avec des problèmes qui sont à l'extérieur du réseau d'établissements?

Mme Lavoie (Nathalie): On poursuit? Alors, je vais vous dire qu'on le fait déjà et depuis 11 ans. C'était l'idée du législateur de nommer un organisme communautaire, puis avec le temps on a vu qu'il devait être indépendant, avec un mandat exclusif, ne faire que ça, de l'assistance et de l'accompagnement, parce que ce n'est pas toutes les personnes qui ont des problèmes en santé mentale qui veulent être identifiées avec un problème de santé mentale. C'est pour ça que les organismes d'assistance et d'accompagnement ont été créés, pour toucher à toute la clientèle. Chaque centre d'assistance dessert la population de son territoire, et, nous, la clientèle, ce n'est même pas des choses qu'on comptabilise, c'est la population en général, parce que la population en général aussi peut avoir besoin d'assistance et d'accompagnement pour déposer plainte. Parce que, même pour quelqu'un, M. et Mme Tout-le-monde — tantôt, on écoutait vos conversations au niveau de la compréhension du régime — ce n'est pas facile, c'est compliqué. Ça fait que, même pour M. et Mme Tout-le-monde, de porter plainte dans le réseau de la santé, ce n'est pas nécessairement facile, et c'était le but du législateur de nommer un organisme d'assistance et d'accompagnement et qui ne fait pas les choses à sa place. On est vraiment là en accompagnement.

Mme Thériault (Jacinthe): Et j'oserais rajouter, M. le ministre, en complément, c'est que, sur le terrain actuellement, nous travaillons en collaboration avec les organismes de défense de droits, comme on travaille en collaboration avec l'OPHQ et tous les organismes de pratique qui sont de près ou de loin avec une clientèle spécifique. Un n'exclut pas l'autre.

La Présidente (Mme Charlebois): Ça va? M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Oui. Merci, Mme la Présidente, et merci à vous, Mme Thériault, Mme Adams, Mme Lavoie

et M. Arel, pour la qualité de votre présentation. Je voudrais faire référence à votre recommandation n° 10, et je vous cite. Vous recommandez: «Que la fonction d'assistance et d'accompagnement soit retirée aux comités des usagers si leur présence est retenue sur les comités de vigilance afin qu'ils puissent y remplir leur rôle sans conflit d'intérêts.» Alors, j'essaie de comprendre comment une personne qui fait de l'accompagnement et de l'assistance peut être en conflit d'intérêts. Je ne sais pas si vous pouvez me donner des explications additionnelles?

Mme Thériault (Jacinthe): M. Arel va vous donner des explications.

La Présidente (Mme Charlebois): Allez-y, M. Arel.

M. Arel (Serge): Dans un premier temps, nous reconnaissons aux comités d'usagers leur pouvoir de représentation comme organismes de défense de droits, mais, dans l'éventualité où ils feront partie de divers comités, de conseils d'administration, de divers comités, entre autres, de comités de vérification, quand ils arriveront... si un comité d'usagers ou un responsable d'un comité d'usagers assiste et accompagne une plainte et qu'il aura à la traiter dans un autre niveau, là il sera en conflit d'intérêts au niveau de l'assistance et de l'accompagnement et de l'analyse de cette plainte, au conseil d'administration, dans un comité de vigilance. Donc, il y a deux rôles qui ne sont pas assujettis dans un même pouvoir. Un comité d'usagers doit... a un pouvoir de représentation de ses membres, mais, de l'assistance et de l'accompagnement, c'est un autre point de vue, c'est une autre façon de procéder.

M. Marsan: Je vous remercie.

Mme Thériault (Jacinthe): Excusez-moi, si je peux compléter.

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

Mme Thériault (Jacinthe): Ce qu'on pense, c'est que les comités d'usagers pourraient être inconfortables dans cette position-là dans l'éventualité où ils siègent sur un comité de vigilance et où on traite des recommandations d'une plainte qu'eux-mêmes ont assistée et accompagnée. La personne qui va porter cette revendication-là, je pense que ça peut être inconfortable comme position. Mais, ceci dit, au cas-ci, ils ne sont pas sur le comité de vigilance.

M. Marsan: Ce ne serait pas plutôt un avantage? Mais là c'est matière à interprétation. Parce que, si la personne est sur le comité de vigilance, elle est bien au courant d'une plainte et elle peut en débattre au comité d'usagers. En tout cas, je ne sais pas, là.

M. Arel (Serge): ...désavantage pour la personne qui n'a pas été assistée et accompagnée par autre qu'un comité d'usagers. Donc, il y a un déséquilibre.

M. Marsan: Je vous remercie.

La Présidente (Mme Charlebois): Ça va? Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole en matière de santé.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente. Alors, je voudrais vous saluer, Mme Thériault, de même que Mme Adams, Mme Lavoie et M. Arel, et je me passais la remarque que, malgré le fait que ça fasse 24 ans que je siège à l'Assemblée nationale, c'est la première fois qu'il y a un Arel...

M. Arel (Serge): Pas de H. Pas de H, il n'y a pas de H.

Mme Harel: Oui, mais c'est la même chose. Vous savez très bien que, dans notre arbre généalogique, nous avons en fait le même aïeul, étant donné que parfois le H était oublié par des curés, dans les registres paroissiaux, qui n'avaient pas toujours une bonne connaissance de l'orthographe, ou enfin...

M. Arel (Serge): Je n'ai pas de difficulté à mettre notre arbre généalogique à la *Gazette officielle*, si vous voulez!

Mme Harel: Alors, incidemment, le nom de ma famille était A également, mais mon père était historien et il a fait réintroduire le H il y a peut-être une cinquantaine d'années.

Bon, enfin, revenons à votre excellent mémoire. Indéniablement, mes collègues et moi, nous nous disions que vous aviez une très, très, très grande expertise en matière de traitement des plaintes. Je prends bonne note de l'échange que vous avez eu avec le ministre sur la nécessité d'un mandat exclusif d'assistance et d'accompagnement.

Je voulais vous poser une première question plus d'information. Vous nous faisiez part, dans votre mémoire, à la page 8, de cette recherche qui avait conduit les auteurs à recommander d'élargir le mandat des comités «de manière à pouvoir assister et accompagner les personnes déposant une plainte qui fait l'objet d'un examen devant le CMDP», n'est-ce pas, et y compris aussi «devant les corporations professionnelles». Ma question est toute simple: Est-ce que c'est dans la loi, ou ça n'a pas été retenu, ça, comme recommandation?

Une voix: ...

Mme Harel: C'est dans la loi. Donc, dorénavant, vous élargissez votre mandat d'assistance et d'accompagnement, y compris auprès des personnes qui vont porter plainte devant les corporations professionnelles. Non? Alors, ce n'est pas dans la loi ou c'est dans la loi?

Mme Thériault (Jacinthe): Actuellement, dans le projet de loi, c'est juste les CMDP. Et, nous, ce qu'on veut sensibiliser en fait, c'est d'ouvrir... que vous réfléchissiez aussi à la notion des corporations professionnelles, parce que, dans notre pratique quotidienne, il y a aussi les problématiques lourdes d'accès au régime, d'accès à porter plainte, je dirais, là, au niveau des corporations professionnelles. Mais, au moment où on se parle, ce n'est pas dans le projet de loi.

● (12 h 10) ●

Mme Harel: Je ne sais pas ce qu'il en est pour mes collègues, là, mais je suis surprise, moi, depuis les dernières années, à quel point, comme députée, je suis interpellée par mes concitoyens qui n'arrivent pas à se faire entendre par les corporations professionnelles, en fait une en particulier qui est celle du Collège des médecins. C'en est gênant, là, à quel point il y a un écart considérable entre l'institution qu'est le Collège des médecins et puis la capacité d'un citoyen de, disons, faire reconnaître, si vous voulez, le processus lui-même, là, de transmission, mais aussi finalement, au bout du compte, les conclusions qui sont apportées. Est-ce que vous avez cette expérience-là aussi au niveau des citoyens qui vous interpellent?

La Présidente (Mme Charlebois): Mme Lavoie.

Mme Lavoie (Nathalie): C'est sûr qu'au niveau du Collège des médecins ce n'est pas dans notre mandat, mais on a une catégorie de services où on a pu constater à l'occasion qu'il y avait effectivement des difficultés. Je vous dirais que c'est arrivé qu'on a pu informer l'usager comment procéder et l'aider un peu, sinon il n'aurait pas fait sa plainte. Alors, c'est pour ça qu'on demande d'étudier. Je vous dirais que d'ailleurs le Collège des médecins réfère parfois des usagers dans les CAAP pour qu'on puisse les aider. Mais on dit «étudier» parce qu'on sait que c'est... on sort de la loi santé et services sociaux, hein, on s'en va au niveau disciplinaire, et autres, ça fait que c'est quand même une autre procédure, alors on va au-delà de la loi santé et services sociaux. Alors, il y aurait une étude à faire, il y aurait des discussions à avoir avec les corporations, mais ce qu'on vous dit, c'est qu'il y a un besoin.

Mme Harel: Il y a un besoin, n'est-ce pas, hein?

Mme Lavoie (Nathalie): Oui.

Mme Harel: Alors, dans le mémoire que vous présentez, vous faites état d'une situation qui a été décrite dans une recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke — c'est à la page 16, hein, de votre mémoire — où vous dites: Cette étude a démontré que «le manque de soins appropriés offerts dans un bon nombre de résidences privées pour personnes âgées risque de faire accélérer la perte d'autonomie physique et cognitive, que [cela] provoque aussi une plus grande vulnérabilité de la clientèle et augmente de façon significative le nombre et la durée des hospitalisations». Est-ce qu'il nous serait possible, comme membres de la commission parlementaire, d'obtenir copie de cette étude, qui pourrait être transmise au secrétariat de la commission en une copie?

M. Arel (Serge): Oui, je vous la fais transmettre également. Et, à ce niveau-là, le...

Mme Harel: Vous êtes de l'Estric, je pense, hein, M. Arel?

M. Arel (Serge): Oui. Et, justement, concernant le centre de recherche en gérontologie, en vieillissement, ils ont plusieurs études qui ont été présentées,

même tout dernièrement, au sous-ministre, au Dr Iglesias. Ce sont des études pilotées par Mme Gina Bravo, entre autres, en Estrie, en Montérégie, et aussi d'autres études assez vastes qui démontrent que les résidents ou les personnes qui habitent en résidence pour personnes âgées dans une résidence privée risquent d'avoir une plus grande détérioration au niveau physique et cognitif si les soins ne sont pas donnés et faits de façon satisfaisante.

Mme Harel: Et ce serait vraiment très important que nous ayons connaissance de ces études, de ces diverses études. Il y a peut-être aussi un site Internet, là, sur lequel on peut aller poursuivre, là. Peut-être qu'il y aura des études ultérieures, là, qui pourront nous être connues de cette façon. Parce que je pense qu'il y a une sorte de fiction juridique, là, qui est souvent énoncée par le ministre, à l'effet que le privé, c'est le domicile. Donc, c'est privé, c'est un domicile, comme si cela l'était... si vous voulez, choisi délibérément, en toute connaissance de cause, alors que vous nous dites ici que l'étude conduite en Estrie confirme que la clientèle qui est accueillie est passablement handicapée: «30 % des résidents souffrent d'une lourde perte d'autonomie [...] de profondes atteintes cognitives. La prévalence de l'atteinte cognitive dépasse [...] les 50 % dans les résidences privées de taille moyenne sans permis. Ces personnes [sont] particulièrement vulnérables aux négligences et aux abus de toutes sortes, [et] il est préoccupant de voir leur milieu de vie exempt de tout contrôle gouvernemental.» En fait, vous citez l'étude de l'Institut gériatrique universitaire de Sherbrooke.

Alors, c'est donc dire que, là-dessus, le projet de loi passe à côté, parce que ce ne sont pas ce type de ressources d'hébergement privées telles que décrites, là: lieux physiques inadaptés aux personnes hébergées, carrément délabrés, nourriture insuffisante, peu nutritive, relations interpersonnelles froides, parfois infantilisantes, et même ignorance par les responsables d'établissement des problèmes de santé dont souffrent leurs résidents et la meilleure façon d'intervenir dans les cas d'urgence.

Alors, c'est bien évident qu'avec les critères sociosanitaires pour établir les certifications, vraisemblablement ce type d'hébergement, tel que décrit par cette étude, ne va pas demander une certification pour se la voir refuser. Et, à ce moment-là, il ne pourrait pas y avoir de signalement auprès du Protecteur des usagers, il ne pourrait pas y avoir processus de traitement des plaintes. Et là il y a un problème réel, là.

M. Arel (Serge): Et c'est pour ça que nous demandons, entre autres pour compenser un certificat de conformité à la demande, qu'il y ait un permis d'exploitation, afin que toutes les résidences pour personnes âgées, les résidences privées... Et là, pour nous, une résidence privée, c'est une résidence où il y a un service de cafétéria ou de nourriture et un service d'entretien ménager à la base. Donc, ça élimine tout ce qui est résidence, condo ou d'autres types d'appartement. À partir du permis d'exploitation, ce sera plus facile à l'agence d'avoir au départ, déjà, un registre des résidences qui existent, parce qu'elles seront sous permis obligatoire.

Et souvent, même... On nous disait, en Estrie,

que l'agence avait fait une démarche en 2000 pour faire le répertoire des résidences, mais qu'en 2005 il n'avait pas été renouvelé et que le mouvement a changé; il y a des résidences qui ont fermé, d'autres qui ont ouvert. Il n'y a pas personne qui sait si elles existent ou pas.

Et, en demandant un permis d'exploitation, telle une autre entreprise... Ça a beau être des appartements, mais, si on veut ouvrir un restaurant, ça nous prend un permis d'exploitation, vu que c'est un service public que nous offrons. Et le permis oblige des règles des établissements et également, à la conclusion de ça, un certificat de conformité. Si une résidence privée ne s'y conforme pas, il arrive quoi? C'est le domaine de... c'est du marché, c'est une entreprise. Et nous sommes...

Souvent, les personnes âgées vont être prises dans une recherche de résidence, ils vont chercher au départ un endroit, un milieu de vie qui se fait non pas en regard de la qualité des services, mais de la proximité des services. Souvent, il doivent quitter, et malheureusement sur le tard. C'est pour ça qu'on voit beaucoup de perte physique et cognitive, parce que les gens décident sur le tard de quitter leur logement ou leur appartement mais ont peu de moyens de référence, vont chercher un milieu de vie près des services, et, après quelque temps qu'ils ont fait le deuil... et c'est là qu'ils s'aperçoivent que la résidence ne comprend peut-être pas tous les services auxquels ils ont besoin, et entre-temps ils ont perdu des facultés, et là il y a un vide.

Aussi, ce que nous disons, avec un permis, il y a, pour les agences et pour les intervenants sociaux... On ne veut pas que les résidences deviennent une soupape mais deviennent un support au réseau public. Parce que souvent, si les gens habitent là longtemps, c'est qu'il n'y a pas de place dans le réseau public pour les accueillir et avoir des soins auxquels ils ont droit. Alors, c'est pour ça que, nous, notre proposition amène à un permis d'exploitation qui exigerait à tout exploitant de s'inscrire et de répondre à des règles claires, nettes et précises, où il y a un grand, grand, grand vide.

Mme Harel: Je disais donc, Mme la Présidente, pour le bénéfice de tous, que c'est une fiction juridique que de prétendre que ces personnes en très lourde perte cognitive et physique occupent volontairement un domicile, alors que manifestement elles sont dans une situation de vulnérabilité. Je sais que le ministre s'intéresse beaucoup à cette question, il connaît certainement très bien l'Institut universitaire gériatrique de Sherbrooke, il va lire avec intérêt l'étude sur la qualité des soins dispensés dans les ressources d'hébergement des régions concernées.

Et ce n'est pas... ça m'apparaît impensable qu'on terminerait l'étude et l'adoption d'une loi nouvelle sans au moins élargir la compétence du Protecteur des usagers à ces ressources d'hébergement qui accueillent des personnes vulnérables, ces ressources d'hébergement privées qui ne demanderaient pas de certificat de conformité mais qui pourtant accueillent les personnes vulnérables, tel que vous le décrivez, en fait tel que l'étude de Sherbrooke le décrit bien dans votre mémoire. Alors, je vous remercie de votre contribution.

La Présidente (Mme Charlebois): Ça va? Merci, Mme Adams, Mme Thériault, Mme Lavoie et

M. Arel, pour la présentation de votre mémoire, c'est fort intéressant.

Et je suspends les travaux jusqu'à 14 heures.

(Suspension de la séance à 12 h 20)

(Reprise à 14 h 7)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la Commission des affaires sociales reprend ses travaux. Et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentants du Barreau du Québec. Me Ménard, Me Dorneau, Me Champagne, bienvenue.

Comme je le fais pour chaque groupe, malgré le fait que vous n'êtes pas à votre première expérience non plus, je sais, vous avez une période maximale de 20 minutes — et je vais appliquer ces limites de temps de façon très rigoureuse — qui sera suivie par des échanges d'une période maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table.

Je ne sais pas si c'est Me Ménard qui est le porte-parole...

Mme Champagne (Sylvie): Champagne.

Le Président (M. Copeman): Me Champagne, pardon, qui est la porte-parole principale.

Mme Champagne (Sylvie): Ça va.

Le Président (M. Copeman): Alors, nous sommes à l'écoute.

Barreau du Québec

Mme Champagne (Sylvie): M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les députés. Alors, le Barreau du Québec vous remercie de nous permettre de vous faire part de ses commentaires concernant le projet de loi n° 83. Je dois vous dire que nous avons bravé la tempête pour venir vous rencontrer, et nous sommes heureux d'être là.

Je me présente, Sylvie Champagne, du Service de recherche et de législation du Barreau du Québec. Je suis accompagnée aujourd'hui de Me Jean-Pierre Ménard, associé du cabinet Ménard, Martin et membre du Comité sur le droit des personnes du Barreau du Québec; à ma droite, Me Sophie Dorneau, avocate du cabinet Lavery, de Billy.

Je vous rappelle que le Barreau est un ordre professionnel dont la mission première est la protection du public. Cette mission se réalise principalement par la surveillance, la réglementation et le contrôle de l'exercice de la profession. Par ailleurs, le Barreau constitue une institution essentielle dans l'organisation d'une société basée sur la règle de droit. Dans ce contexte, le Barreau a une responsabilité sociale, celle de défendre les valeurs fondamentales qui sont propres à une société libre et démocratique, dont notamment l'égalité de tous devant la loi, l'équilibre des pouvoirs exécutif et législatif, le respect des droits de la personne, l'indépendance judiciaire et l'accessibilité à la justice.

● (14 h 10) ●

Avant de commenter le projet de loi n° 83, nous désirons vous faire part d'une remarque préliminaire. Le Barreau du Québec a pris sommairement connaissance du projet de loi n° 83 présenté le 22 décembre dernier. Alors que les services de santé et les services sociaux sont au cœur des principales questions d'intérêt pour l'ensemble des citoyens, la période de réflexion accordée aux organismes, dont le Barreau du Québec, pour fournir leurs commentaires sur un projet de loi fort volumineux qui vise à modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que plus d'une quarantaine de lois ne permet pas d'aller au fond des choses aujourd'hui.

Ceci dit, le Barreau du Québec juge essentiel, et ce, sans avoir eu la chance de faire une analyse exhaustive et détaillée du projet de loi n° 83, de vous faire part immédiatement de certains questionnements concernant diverses dispositions ou parties du projet de loi n° 83. À cet égard, Me Dorneau vous entretiendra sur la protection des renseignements personnels des usagers; Me Ménard traitera du processus des plaintes des usagers, du réseau local et de l'instance locale, du comité de vigilance et du comité des usagers, du rôle du Protecteur du citoyen, des services de télésanté et du processus de certification de résidences pour personnes âgées. Je terminerai avec l'introduction d'un comité régional sur les services pharmaceutiques, l'élaboration par le ministère d'un plan stratégique pluriannuel identifiant les besoins sociaux et sanitaires, et la création et la mise en place d'un réseau universitaire intégré de santé. Me Ménard... Me Dorneau, pardon.

Mme Dorneau (Sophie): Mesdames et messieurs, bonjour. Je voudrais revenir donc de façon plus précise sur un des points que ma consœur Me Champagne vous a énumérés, soit l'importance de la protection des droits fondamentaux, et plus particulièrement de la protection de la vie privée, qui, comme vous le savez, est au cœur de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne et également du Code civil du Québec. Ce principe-là, ce droit fondamental là qui est si important en fait est également au cœur de la Loi sur l'accès... et qui va gérer la collecte, la confidentialité et l'accès aux droits créés par les organismes... aux documents, par les organismes publics, peu importent les supports que ces derniers vont utiliser.

Vous le savez, tous les intervenants du réseau de la santé ont une responsabilité sociale et professionnelle d'assurer que ces concepts de respect de la vie privée, de confidentialité soient respectés dans le cadre de l'administration des soins de santé. C'est donc avec cette lunette de, disons, défenseur de la protection de la vie privée des usagers que je vais m'adresser à vous, au nom du Barreau, concernant certains articles du projet de loi n° 83.

Tout d'abord, commençons par le premier article du projet de loi, qui modifie l'article 19 de l'ancienne loi et qui ajoute donc une liste de situations où un renseignement qui est contenu dans le dossier d'un usager peut être communiqué sans son consentement. Nous avons remarqué que la majorité des cas qui étaient énumérés à l'article 1 en fait visaient des situations où l'établissement a vraisemblablement l'obligation de communiquer ces renseignements-là. Afin de clarifier la situation pour les

usagers, on vous suggérerait de scinder l'article 1 et d'effectuer la distinction entre les renseignements qui doivent être communiqués par l'établissement et les renseignements pour lesquels l'établissement a une discrétion lors de la communication.

À l'article 3 du projet de loi, on crée un nouvel article, soit l'article 19.0.3, qui permet l'échange sans consentement de renseignements médicaux au sujet d'un usager entre tous les établissements d'un réseau local et donc, comme on l'a dit, sans le consentement de la personne qui est concernée sur la première ligne, soit l'usager. À notre avis, c'est un changement majeur, c'est un changement qui est draconien par rapport aux principes qui sont actuellement... qui font l'objet donc de notre législation. On vous aurait suggéré une étude approfondie avant d'effectuer un aussi grand changement.

En effet, une telle communication de renseignements médicaux, à notre avis, ne devrait pas être effectuée sans le consentement de la personne qui est visée. Vous le savez, les renseignements qui sont contenus dans les dossiers médicaux sont des renseignements extrêmement sensibles, extrêmement personnels, par les individus donc qui sont visés, et on ne voit pas pourquoi ces renseignements-là devraient être communiqués à des tiers ou même à des intervenants du réseau sans leur consentement préalable. À tout le moins, ils devraient au moins être au courant de qui, comment et pourquoi les renseignements à leur sujet vont être transférés ou communiqués.

On voudrait que les usagers puissent avoir l'occasion, avant la communication des renseignements personnels les concernant, de faire valoir leur point de vue et de pouvoir éventuellement s'opposer à la communication de tels renseignements. On ne vise pas par là nécessairement un droit de veto quant au contenu de l'information médicale qui peut être versée au dossier par le professionnel, on veut simplement que les usagers puissent faire valoir leur point de vue avant que cette information-là soit communiquée à l'extérieur de l'établissement qu'eux-mêmes ont consulté.

Finalement, au titre II du projet de loi, et donc à l'article 173, quant aux services de conservation de certains renseignements aux fins de la prestation de services de santé, et plus particulièrement à l'article 120.5, alinéa 3, vous parlez donc d'un consentement que la personne peut donner quant à adhérer aux services de conservation qui sont offerts, et que ce consentement-là peut être révoqué. On voudrait apporter la précision qu'à notre avis ce consentement-là devrait être écrit, afin d'éviter... en fait, afin que ce consentement-là ne soit pas tacite mais qu'il soit vraiment éclairé, libre, et que l'usager puisse donc avoir un consentement qui va être concret, auquel il peut se référer et qu'il pourra révoquer donc sur support écrit également.

Finalement, bien que nous soyons tout à fait d'accord avec les principes et avec la finalité de l'article 520.5, on s'interroge sur les ressources qui vont être mises à la disposition du système pour mettre sur pied en fait toute cette gestion électronique de l'information qui est prévue dans le projet de loi. Et c'est un système informatique qui va être complexe, il y a un niveau technique en fait qui va être très, très exigeant, et finalement, vu l'importance des données qui seront contenues, on n'avait pas beaucoup d'indices

quant aux ressources qui allaient être mises à la disposition pour mettre sur pied ce système informatique de gestion des données. Me Ménard.

M. Ménard (Jean-Pierre): Oui. On va donc maintenant aborder un certain nombre de choses qui touchent peut-être plus directement le droit de l'usager par rapport au système lui-même. Alors, on a donc examiné un certain nombre d'aspects du projet de loi. Ici, je vais simplement vous donner quelques idées, parce que c'est clair qu'on pourra le débattre davantage dans la discussion. Parce qu'évidemment le temps est assez court, et, malheureusement, au niveau du délai de production du mémoire, on a dû travailler assez rapidement et de façon assez dense, alors il y a des éléments que je vais vous souligner qui ne sont pas dans le mémoire lui-même, et je vais vous le dire en passant aussi.

Parlons d'abord du système de plaintes des usagers. Bien, écoutez, le Barreau voit d'un très bon oeil, d'une part, qu'on tente de rendre le système plus indépendant, dans le sens suivant, c'est qu'en faisant relever le commissaire du conseil d'administration c'est, pour le Barreau en tout cas, un progrès en termes d'apparence d'indépendance de ce processus-là. Il faut penser que, pour le citoyen, le système de plaintes, ce n'est pas d'abord un système d'autorégulation de l'établissement, c'est un système qui est perçu comme lui permettant d'exprimer des choses pour lesquelles il n'a pas reçu les services qu'il aurait dû recevoir. Donc, dans ce contexte-là, c'est peut-être important pour la crédibilité du système que le système... c'est-à-dire que le processus soit contrôlé au plus haut niveau possible. Et donc, dans ce contexte-là, le Barreau approuve ce changement-là.

Qu'on l'appelle aussi commissaire aux plaintes, bien, écoutez, je pense que c'est appeler les choses par leur nom, parce qu'évidemment la notion de commissaire local à la qualité des soins et des services, pour beaucoup de gens, ça n'a pas la notion de quelqu'un qui s'occupe des plaintes, alors, dans ce contexte-là, du point de vue de l'usager aussi, c'est une simplification qui est utile aussi.

La difficulté qu'on voit ici à travers le processus de plaintes, c'est évidemment, encore, puis on l'a écrit dans le mémoire, à la page 5, là, tout le problème du traitement des plaintes qui touchent médecins, dentistes et pharmaciens, qui sont soumis à un processus distinct de celui des autres professionnels. Du point de vue du Barreau, on considère qu'il n'y a pas de raison vraiment qui justifie que certains professionnels aient un traitement distinct d'autres professionnels. Parce que la personne qui reçoit les services, elle ne doit... c'est-à-dire, ses recours ne devraient pas être affectés par la nature de la relation qui existe entre celui qui donne les services et l'établissement. Autrement dit, que la personne qui donne les services soit un préposé, quelqu'un qui a des privilèges, quelqu'un qui a un contrat avec l'établissement, une entente de services, peu importe ce que ça peut être, du point de vue du citoyen, les recours devraient être essentiellement les mêmes à l'égard de l'ensemble des gens qui lui donnent des services. Et, dans ce contexte-là, on devrait repenser le processus par lequel les plaintes qui touchent médecins, dentistes et pharmaciens s'arrêtent à l'interne de l'établissement aussi. Les gens nous soulignent souvent d'ailleurs, lorsqu'ils

font des demandes de révision à l'interne aussi, le fait qu'ils ont l'impression que c'est la même organisation évidemment qui redécide sur les mêmes choses, aussi. Alors, le Barreau attire votre attention là-dessus, sur l'intérêt de repenser ce processus-là pour soumettre finalement l'ensemble des prestataires de services sur le même pied à l'égard des services donnés aux citoyens.

Ce n'est pas écrit dans le mémoire, mais le Barreau aussi supporte, appuie de façon très claire le fait de confier la gestion du processus de révision des plaintes au Protecteur du citoyen. On vient de parler un peu d'organisme externe effectivement, alors je pense que c'est important que des yeux externes puissent examiner aussi comment le système de santé fonctionne. Ça va être un input, je pense, qui va être plus utile encore, ici, que l'autorégulation. Puis, comme on dit, du point de vue du citoyen, là, tout le système de traitement de plaintes, c'est vu d'une certaine manière qui n'est pas nécessairement la manière pour laquelle le système a été conçu initialement. Initialement, on l'avait conçu davantage effectivement dans cette idée-là que le système devait permettre, par le processus de plaintes, d'avoir un certain input des services qu'il donne, mais, du point de vue du citoyen, c'est plus large que ça et c'est des enjeux plus importants que ça, ici.

● (14 h 20) ●

Si on regarde maintenant le comité de vigilance, alors, encore ici, on pense que c'est une bonne idée également de créer ce comité-là. Cependant, on souhaiterait peut-être quelques éléments de plus. D'abord, on devrait... Ces comités-là d'appréciation de la qualité puis d'évaluation de ces choses-là, je pense que ce qui leur donne une force et une crédibilité, c'est le fait que leurs rapports puissent être connus, leurs observations puissent être connues, parce que c'est ça qui fait pression sur l'organisation pour donner des meilleurs soins. Dans ce contexte-là, donc, le Barreau souhaiterait que le comité de vigilance fasse un rapport de ses activités qui soit rendu public ou qui soit accessible publiquement aussi, parce qu'évidemment, du point de vue du public, ça donne une idée de cette vigilance-là aussi. Parce que la vigilance derrière des portes closes, il faut beaucoup, beaucoup de confiance et de croyance en l'Être suprême pour s'assurer que c'est toujours fait de façon parfaite. C'est vraiment la transparence qui donne de la crédibilité à tous ces processus-là aussi.

Alors, on propose, à 108.1, de rajouter une petite concordance technique, c'est qu'on demande au comité de vigilance d'examiner effectivement quel sort a été donné au traitement des plaintes, et tout ça. On pense que ce serait important de mettre sous l'oeil du comité de vigilance aussi qu'est-ce que le comité de gestion de risques a fait. Parce que ça a une importance, d'après nous, très importante au niveau de la qualité des soins aussi, parce qu'on va avoir là effectivement... Rappelons-nous que le droit à la sécurité des soins, c'est même un droit qui existe dans la loi, et le comité de vigilance devrait aussi regarder non seulement la qualité des soins donnés, mais la sécurité des soins donnés, aussi. Alors, on pense que, de concordance, ça devrait aller avec ces choses-là. Bon.

Au niveau du comité des usagers — puis c'est vraiment des idées qu'on va lancer ici, là — bon, alors, écoutez, c'est clair que le projet de loi propose aussi un

réaménagement pour tenir compte aussi de la restructuration du réseau. Je pense que c'est des choses qui vont assez de pair, parce que je pense qu'il est important de rapprocher le plus possible les comités des usagers des usagers eux-mêmes, aussi. Cependant, on constate des difficultés dans le fonctionnement des comités d'usagers. Malheureusement... les comités ont un mandat qui est magnifique, on ne peut pas être contre ce mandat-là, mais on perçoit beaucoup, beaucoup de difficultés à l'exercer, et ce, pour plusieurs raisons. Une des raisons qui est constatée, entre autres, dans les centres de soins de longue durée, on sait que le séjour de la clientèle est de plus en plus court, parce que les gens rentrent avec des besoins de plus en plus lourds, donc les gens y sont de moins en moins. La durée moyenne de séjour en centre de soins de longue durée est maintenant rendue... vous me corrigerez, vous avez peut-être des meilleurs chiffres que moi, là, mais on parle d'à peu près 12 à 18 mois, à peu près, en moyenne, peut-être plus, là, mais ça ne dépasse pas trois ans. Au bout de trois ans... les gens qui survivent trois ans, là, ont des médailles de mérite, là.

Donc, dans ce contexte-là, ce que ça veut dire, ça veut dire que, bon, vu que les gens rentrent dans une condition plus détériorée, d'abord il y a très peu d'usagers qui peuvent participer eux-mêmes à leur comité d'usagers, ce sont des représentants qui vont agir pour eux, mais, encore là, vu que le séjour est très court ou très... ou les gens n'ont pas vraiment le temps de développer de l'expertise, qu'ils perdent déjà la qualité nécessaire pour être sur un comité, on pense que ce serait utile que le comité d'usagers puisse coopter des personnes de l'extérieur. Et pas n'importe qui, là. On suggère des personnes qui seraient cooptées à partir des organismes de la défense des droits dans le domaine de la santé. On parle de coopter deux personnes pour introduire au comité, d'une part, de l'expertise et de la stabilité et aussi une certaine... plus grande indépendance aussi. Parce que les gens à l'interne, dans beaucoup de milieux, puis ça, par expérience pratique, je pense que je ne vous apprendrai rien là-dessus, la crainte des représailles est toujours là, la crainte de déranger est toujours là aussi. Les exemples sont multiples de ces choses-là aussi. Et je pense qu'il serait nécessaire, pour des fins de stabilité, des fins de... de permettre justement au comité d'acquiescer une manière de faire les choses au niveau de la défense des droits aussi, d'aller chercher les ressources externes aussi.

On constate aussi des difficultés, puis, je pense, dans la loi, ça vaudrait... c'est-à-dire, ces difficultés-là sont telles que ça vaudrait la peine de les préciser dans la loi. Plusieurs comités n'ont pas accès même à la liste des usagers, n'ont pas accès non plus à tous les usagers. Autrement dit, par exemple, les gens, par exemple, qui sont dans des ressources intermédiaires, des ressources de type familial, le comité d'usagers local, qui devrait répondre d'eux autres ou avoir des liens, ne peut pas avoir... un, ignore même ces personnes-là, ne peut pas y avoir accès, aussi. Alors, je pense que ce serait important, dans la loi, de prévoir effectivement des mécanismes qui vont prévoir effectivement l'accès du comité à la liste des usagers, sous réserve que l'usager pourra demander que le comité n'ait pas accès à son nom, aussi, ce sera tout à fait correct aussi. Mais je pense que c'est des choses qui seraient importantes aussi.

Puis on pense aussi que ce serait utile que les comités d'usagers puissent avoir accès à des experts externes, le cas échéant, aussi, comme les autres comités de l'établissement peuvent y avoir accès — on parle du CMDP, on parle d'autres personnes, d'autres organismes aussi. Alors, je pense que le comité pourrait avoir accès à ces choses-là aussi.

Télésanté, rapidement. Encore ici, c'est bien, d'une part, qu'on commence à encadrer cette pratique-là, sauf que le Barreau vous souligne un danger fort important, c'est toute la question... Bon, on dit que, à l'article 108.2 du projet de loi, que «les services de santé et [...] services sociaux rendus à distance dans le cadre [des] services de télésanté sont considérés rendus à l'endroit où exerce le professionnel de la santé ou des services sociaux consulté». Pour nous, pour le Barreau du Québec, il y a un danger important là, parce que qu'est-ce qui arrive si ce professionnel-là est en dehors du Québec? Puis les services de télésanté permettent ça. Par exemple, un médecin qui est à New York, qui est à Chicago ou qui, à la limite même, est en Europe, à la limite pourrait rendre ce genre de chose là aussi. Le problème, c'est que, si ce qu'on appelle le forum qui donne juridiction aux droits applicables est celui de l'endroit où exerce le professionnel, ce que ça voudra dire, c'est que quand le médecin, par exemple, est en dehors du Québec, ça voudra dire que le Collège des médecins, les tribunaux du Québec vont perdre juridiction ici pour ça. Et, du point de vue du citoyen aussi, l'autre problème, c'est que ça risque de minimiser ou d'affecter passablement ses recours.

Par exemple, on sait, par exemple, que le délai pour exercer des recours au Québec est un des plus généreux en Amérique du Nord, c'est trois ans. Dans l'État de New York, par exemple, c'est un an, alors donc, à ce moment-là, l'usager peut être beaucoup moins protégé avec une règle comme ça. Nous, ce que le Barreau propose, c'est que... et que le service soit considéré rendu là où est l'usager. Comme ça, ça assurerait une protection à l'usager, ça assurerait aussi en toutes circonstances que ce sont les mécanismes d'encadrement et de réglementation de la pratique professionnelle qui existent au Québec qui vont s'appliquer à ces services-là aussi. Il y a un enjeu ici qui est important aussi en termes de juridiction.

Maintenant, si on parle des résidences pour personnes âgées. Alors, dans le mémoire, on a...

Le Président (M. Copeman): Mais je veux juste signaler, Me Ménard, il reste moins que deux minutes, là.

M. Ménard (Jean-Pierre): Parfait, c'est beau. Alors, j'arrive aussi... Alors, pour les résidences pour personnes âgées, vous avez là le détail des éléments que le Barreau soulève. Il y a un élément fort important qui n'est pas dans notre mémoire, bien important.

Actuellement, le réseau oriente vers les ressources privées d'hébergement, qui sont décrites ici, des personnes qui sont en perte d'autonomie et qui devraient donc être prises en charge par le réseau. Dans le processus de certification ou... de certificats de conformité, il devrait être bien, bien clair dans la loi que rien ne permet au réseau d'orienter vers ces ressources-là des

gens qui devraient être pris en charge par le réseau, donc des gens en perte d'autonomie. Parce que plusieurs de ces ressources-là s'annoncent comme recrutant des personnes autonomes, semi autonomes, non autonomes. Alors, le danger ici, à travers le processus qui est souligné ici, puis il faudra que ça apparaisse bien clairement dans les critères d'obtention du certificat de conformité: en aucun cas ces ressources-là ne devront recevoir ou chercher à héberger des personnes qui seraient autrement prises en charge par le réseau, aussi en raison de leur perte d'autonomie, aussi. C'est une précaution qui apparaît, là, quant à nous essentielle.

Alors donc, au niveau donc des points qui touchent davantage les usagers, c'étaient les quelques remarques que le Barreau tenait à faire ici.

Mme Champagne (Sylvie): Une brève conclusion, si M. le Président le permet? Nous n'avons pas eu l'opportunité de parler de la complexité du réseau, avec le projet de loi n° 83. Évidemment, vous comprendrez que, même pour un juriste, ce n'est pas simple de se retrouver dans les différentes structures et instances, qu'on parle de l'introduction d'un comité régional sur les services pharmaceutiques, qu'on parle du réseau universitaire intégré de santé. Et donc il y a un risque possible qu'on va rencontrer de nombreuses difficultés par rapport à la responsabilité de ces différentes instances là, à leur imputabilité. Alors, on pense qu'il y a des chevauchements qui doivent être éclaircis. On pourra répondre à vos questions, là, pendant la période des questions à ce sujet-là parce qu'on n'a pas eu le temps de l'aborder aujourd'hui avec vous.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Me Ménard, Me Champagne, Me Dorneau, bienvenue. Je suggérerais que je fasse des commentaires en réponse aux trois points que vous avez touchés, d'un seul jet, pour ne pas prolonger l'échange, d'autant plus que j'ai au moins un collègue qui voudrait intervenir également. Alors, je vais vous faire des commentaires successivement sur la question du consentement à la circulation de l'information, ensuite vos remarques sur les droits des usagers, et enfin sur le cas des résidences de personnes âgées, que vous avez mentionné en fin de course. Ce qui n'empêche pas que d'autres sujets pourront être couverts lors des questions subséquentes.

Parlons d'abord de la circulation de l'information. On y a fait amplement allusion au cours de nos travaux, hier; peut-être avez-vous suivi la conversation avec la Commission d'accès à l'information? Résumons rapidement les éléments de la réflexion. C'est que la situation actuelle ne peut être prise comme repère d'un bon niveau de protection des renseignements. Le réseau de la santé, bâti sur une transmission de données sur papier depuis des années et des années, n'est en aucun cas un gage en lui-même de protection de ces renseignements-là. Il y a des exemples multiples qui circulent.

• (14 h 30) •

Il existe déjà également, dans la Loi de santé et de services sociaux, des circonstances spécifiques où

des renseignements peuvent être transmis sans le consentement de l'usager. Ce que ce projet de loi fait, ça en ajoute, et en particulier dans le cas d'un programme de soins ou de services individualisés — et c'est essentiellement ça qui fait difficulté — toujours dans la perspective de l'équilibre, d'avoir le maximum de garanties, mais également de favoriser la libre circulation de l'information pour améliorer les soins et les services aux personnes. C'est l'objectif qu'on poursuit.

Pour ce qui est des consentements au niveau de la conservation régionale, le projet de loi est explicite sur le plan du consentement écrit, dans le texte du projet de loi. La Régie de l'assurance maladie du Québec a un registre des consentements, mais le document écrit du consentement est conservé au niveau de l'instance locale où la personne l'a donné, où elle peut le révoquer également en tout temps pendant son application.

Pour ce qui est du problème plus épineux, celui qu'on a discuté plus longuement hier avec la Commission d'accès à l'information, de la transmission de renseignements entre l'instance locale et les partenaires du réseau local — exemple, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale ou autres, bureaux de médecins, par exemple, privés — le raisonnement que nous avons suivi est le suivant, et il n'a pas été vraiment, je crois, affaibli par notre conversation qu'on a eue hier avec la Commission d'accès à l'information, sinon pour le préciser mieux. C'est que, lorsqu'on a, par exemple, adhésion ou consentement d'un citoyen à un plan de services individualisé, de la même façon que lorsqu'on est admis à l'hôpital et qu'on consent à des soins, implicitement on consent également à la transmission de l'information jugée pertinente. Par qui? Pas par le système de santé, par le professionnel ou la professionnelle qui est en charge d'organiser ce plan de services et qui exerce son jugement professionnel, d'après le critère de nécessité qui est déjà inclus dans les lois protégeant les documents publics dans le contexte privé ou public.

Maintenant, ce que la Commission d'accès nous suggérerait, si je me souviens bien de leurs propos, c'est au moins, d'une part, minimalement, comme vous l'avez dit tantôt, lorsqu'on discute avec la personne de son plan de services individualisé, d'avoir une discussion explicite sur le fait que le consentement à ce plan de services comprend également le consentement sur la circulation d'informations pertinentes et nécessaires en regard du service particulier. Exemple, si vous avez besoin d'un soin à domicile, ce n'est pas votre dossier médical qui est envoyé là-bas, c'est des informations qui sont pertinentes à la prestation de service, style vos coordonnées, la présence ou non d'une limitation physique, des besoins particuliers, etc. On n'y retrouvera pas toutes les informations qui sont dans le dossier actuel. Et, encore une fois, c'est les critères de nécessité et le jugement professionnel de la personne qui est mise en cause.

Alors, on est certainement ouvert à bonifier le projet de loi en rendant plus visible le fait que le consentement à l'application d'un plan de services individualisé comprend également le consentement à la circulation de l'information.

Je vous donne un exemple. Moi, quand j'étais en pratique, que je transférais des personnes dans d'autres hôpitaux ou dans d'autres établissements, j'envoyais toujours une lettre bien sûr, un résumé de dossier ou une

lettre manuscrite souvent au médecin qui accueillait le patient là-bas. Je n'ai jamais demandé à la personne qui allait être transférée... Peut-être l'aurais-je dû, je ne le sais pas. Mais c'est la pratique quotidienne dans le réseau depuis toujours: la personne sait bien que lorsqu'elle va être transférée on va transférer les informations requises pour son sujet, parce qu'on est dans un continuum de soins.

Mais, encore une fois, je reviens à la question de la nécessité, et on est d'accord pour bonifier le projet de loi en y ajoutant le fait d'informations correctes et pertinentes de la personne, mais il faut faire attention, toujours dans cette recherche d'équilibre, de ne pas créer tellement d'alourdissements que, comme nous disait quelqu'un hier, on n'en aura jamais, d'informatisation du réseau de la santé, puis on n'aura jamais de circulation de l'information. Et on sait que les citoyens veulent avoir cette circulation de l'information.

Deuxième point, sur les droits des usagers. On a eu une présentation, hier, de l'Association des CMDP — je ne sais pas si vous l'avez suivie également. Le président de cette association nous a fait une proposition sur laquelle j'aimerais vous entendre, parce qu'il est question de droits, cette fois, et autant du droit des patients que du droit des professionnels. Il suggérerait que toute conclusion motivée des comités de révision soit versée au dossier professionnel du médecin, ce qui n'est pas le cas actuellement de façon automatique.

La question du comité de vigilance et de son rapport de concordance avec le comité de gestion des risques m'apparaît pertinente et certainement quelque chose qu'on va vouloir regarder.

Un petit commentaire sur votre... sur un dossier que vous connaissez très bien, Me Ménard. Lorsque vous dites que la clientèle s'alourdit dans les CHSLD, vous avez entièrement raison. Le temps de survie moyen est entre deux et trois ans actuellement, un petit peu plus que deux ans, et le fait qu'il diminue constamment témoigne du fait que les gens sont gardés à domicile plus longtemps et qu'ils arrivent dans une situation beaucoup plus lourde dans le milieu d'hébergement.

Cependant, un milieu que vous connaissez bien, Saint-Charles-Borromée, c'est une situation tout à fait différente parce qu'il y a des jeunes personnes — là, j'y étais il y a quelques jours, là, il y a des jeunes personnes — qui sont hébergées pendant des années et des années. Donc, il faut s'adapter. Effectivement, une personne âgée qui est en situation lourde de perte d'autonomie devrait peut-être se faire représenter au niveau du comité d'usagers et des comités de résidents. Je pense que c'est une bonne suggestion.

Pour la télésanté, cependant, je vous ferai remarquer que le projet de loi actuel ne couvre que la situation où on a recours à un professionnel inscrit à un ordre professionnel du Québec, couvert par la loi sur les professions, de sorte qu'il n'est pas possible d'utiliser cet article-là pour appliquer la mécanique à une consultation internationale ou à l'extérieur même des frontières du Québec, puisqu'on parle spécifiquement des professionnels inscrits à l'Office des professions dans un des ordres professionnels concernés.

La raison pour laquelle on désire placer la localisation du service à l'endroit où pratique le professionnel, c'est parce que la qualité de l'acte professionnel se fait à

l'endroit où le professionnel existe, par son CMDP. C'est-à-dire que, s'il y avait une plainte, par exemple, ou un problème pour la qualité de l'exercice professionnel... Je prends un exemple connu et classique: quelqu'un qui habite dans le Grand Nord, dans le territoire cri, qui fait une consultation de télésanté avec un médecin du Centre universitaire de santé McGill. S'il y a une erreur médicale ou un problème qui doit faire l'objet d'un examen professionnel, ce n'est pas un médecin du centre de santé du nord de l'Ungava qui va être concerné, c'est le médecin du centre de McGill, où le CMDP existe, qui va être touché. Alors, je pense qu'il faut réfléchir à cet aspect-là.

Dernier aspect, les résidences des personnes âgées. Oui, vous avez raison en général, et il faut distinguer, on en a parlé ce matin, la question de la perte d'autonomie progressive, complète, partielle. Il faut quand même reconnaître qu'il y a des personnes en perte d'autonomie qui ne sont pas dans le réseau comme tel. Il existe des CHSLD privés, il existe des CHSLD privés conventionnés qui ont des permis et qui accueillent des personnes en perte d'autonomie. Et je ne pense pas qu'il faut être manichéen, de la façon un peu... — peut-être que ce n'est pas ça que vous vouliez dire exactement — et dire qu'il y a une frontière très nette, au niveau de la perte d'autonomie, entre les ressources privées et les ressources publiques, en autant qu'elles détiennent un permis leur permettant de donner des services à ce genre de clientèle là. Il me semble, nous, que les aspects professionnels de prise en charge certainement sont de la responsabilité du réseau de la santé et de services sociaux.

Pour ce qui est des nouvelles instances — et je termine là-dessus, je ne veux pas faire trop de logorrhée, là, pour vous laisser le temps de répondre — effectivement on a introduit de nouvelles structures, mais des nouvelles structures de coordination, qui visent à mieux coordonner les soins, autant la commission pharmaceutique régionale, qui est une demande des pharmaciens, sur laquelle ils vont d'ailleurs bientôt venir s'exprimer, qui permet d'ajouter des soins pharmaceutiques à notre préoccupation de continuité de soins, que les RUIS, ou les réseaux universitaires intégrés de santé, que nous avons mis sur pied il y a maintenant deux ans, mais sur une base purement administrative. Alors, ce que nous faisons avec le projet de loi, c'est de les incarner sur le plan juridique également. Et je crois — et on pourra l'améliorer, si vous avez des suggestions précises — qu'on délimite assez bien leurs mandats et leurs responsabilités.

Alors, c'est en gros les remarques que j'avais à vous faire sur les trois points. Et on serait prêts à vous entendre, puis je pense qu'il y a un de mes collègues par la suite qui voudrait vous poser une question là-dessus.

M. Ménard (Jean-Pierre): Bon. Je vais laisser ma collègue parler par rapport à la question des dossiers, là. Par rapport au comité de révision, bien écoutez, on ne peut pas être contre ce qui a été touché hier par le CMDP, mais ça ne règle pas le problème de fond. Comme je vous dis, là, il y a un malaise, à savoir qu'il y a les professionnels qui ont un certain cheminement. Si vous êtes psychologue, travailleur social et infirmière, votre travail, votre exercice professionnel doit avoir fait l'objet d'une révision aussi, même par, ici, ce qui va

devenir le Protecteur du citoyen, alors que, quand vous êtes médecin, dentiste ou pharmacien, ça s'arrête à l'interne à l'établissement. Du point de vue de l'équité entre l'ensemble... C'est-à-dire, du point de vue de l'usager, par rapport à l'ensemble des gens qui donnent des services, il y a, pour nous, un enjeu qui est là, ici.

Au niveau de la télésanté, je suis bien à l'aise avec votre réponse, sauf qu'on doit quand même prévoir quelque chose éventuellement, parce que, veux veux pas, ça va se faire aussi pour des gens qui sont de l'extérieur du Québec à l'égard de gens qui seront traités au Québec. La frontière, en matière de médecine, elle ne s'arrête pas au 49^e parallèle, là. Alors, ça va se faire éventuellement, puis je pense que, pour protéger les patients du Québec qui seront soumis à ces procédures-là, je pense qu'on devrait quand même prévoir la règle aussi.

Par rapport aux centres d'hébergement, je n'ai pas voulu faire... C'est-à-dire, moi, je ne distingue pas, je ne dis pas: Le public est bon, le privé est mauvais, c'est parce que les CHSLD privés, privés conventionnés, pour moi, c'est le réseau. Alors, ce que j'ai dit, c'est qu'il ne faut pas, avec le processus d'émission de certificats de conformité, qu'on permette de sortir du réseau ou de tolérer hors du réseau des gens qui devraient être dans le réseau aussi. Alors, quand on parle de privé, c'est peut-être une mauvaise qualification, parce qu'il y a une partie du réseau qui est privée aussi, au niveau de l'hébergement, puis je ne la mettais pas en cause ici, là.

Mais je pense qu'il y a quand même une pratique actuellement qui existe, puis une pratique... Voyez-vous, on a dit: Bien, écoutez, c'est parce que l'article 83 n'est pas assez précis — quand il parle de perte d'autonomie, là, O.K.? On dit: Bien, c'est-à-dire légère, importante, majeure? Bon. Sauf que, l'article 83, il donne un critère, c'est des gens qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel, on dit: Eux, ils doivent être pris en charge par le réseau. On ne dit pas: C'est ceux qui ont une heure, une heure et demie, deux heures, trois heures de soins par jour qui doivent être pris par le réseau, c'est ceux dont la perte d'autonomie est suffisante, qui fait que les gens ne peuvent plus rester tout seuls. Bon. Alors, je dis que, ces gens-là, il faut faire attention, avec tout le processus des certificats de conformité, pour ne pas que des gens qui devraient être pris en charge par le réseau se retrouvent là. C'était ça, le point aussi que je voulais qui ressorte bien. Je vais laisser ma collègue continuer pour la...

● (14 h 40) ●

Mme Champagne (Sylvie): Sur l'aspect de la protection des renseignements personnels, j'ai eu le privilège de regarder les travaux de la commission hier et d'entendre le président, M. Saint-Laurent. Ce que j'avais compris de ses propos, et je pense que le Barreau les rejoint très bien, c'est que nous comprenons qu'il y a un équilibre à atteindre entre la protection des renseignements personnels et la circulation de l'information pour s'assurer que les usagers aient des soins de qualité.

D'autre part, ce que nous soumettons, c'est qu'effectivement, dans la mesure du possible, s'il est permis d'obtenir le consentement, ça fera en sorte que l'usager va demeurer maître des informations qui sont communiquées. Et on prend pour acquis que l'usager, qui veut aussi avoir des services de qualité et avoir accès à ces

services-là, dans 90 % des cas, il va consentir à ce que le professionnel de la santé va communiquer l'information à la ressource ou à l'établissement vers lequel on va le diriger. Et donc, au lieu de voir la règle à l'inverse, ce que le Barreau vous propose, c'est de maintenir la règle, c'est-à-dire d'obtenir le consentement de l'utilisateur, sauf dans des cas exceptionnels. Et M. Saint-Laurent donnait l'exemple du fait qu'on obtient le consentement pour les soins, et donc il vous proposait qu'en même temps on obtienne ainsi le consentement pour la communication. Alors, nous rejoignons cette proposition-là.

Et l'autre aspect, c'est toute la difficulté de déterminer quels renseignements devront... Au niveau du critère de la nécessité, lorsqu'on obtient le consentement de l'utilisateur, on règle une partie de ce problème-là d'interprétation. Alors, je comprends que... C'est sûr qu'il faut que ce soient les renseignements qui soient nécessaires, mais, si on pouvait obtenir le consentement de l'utilisateur, on règle en gros la problématique.

Mme Dorneau (Sophie): Pour compléter les propos de ma consœur Me Champagne et pour répondre un peu à l'exemple que vous nous avez donné, M. le ministre, quand vous-même, dans votre pratique, vous pouviez référer un de vos patients à un collègue ou à l'extérieur, en référant ce patient-là, vous lui disiez probablement: Je vous réfère à tel spécialiste, et donc il y avait un échange d'informations, où le patient savait où il devait aller et donc, conséquemment, que l'information qui lui appartenait allait être communiquée aussi.

Le Barreau estime qu'étant donné... À l'heure actuelle, avec la législation qui est en place, sauf pour les exceptions qui sont prévues à la loi, les usagers doivent consentir avant qu'une information personnelle ou nominative à leur égard soit communiquée. Donc, à la lumière de ce changement draconien, le Barreau voulait vous proposer qu'à ce stade une communication d'informations concernant l'utilisateur ne devrait pas être effectuée à son insu et qu'un mécanisme devrait être mis en place pour que l'utilisateur soit informé à l'avance de la communication, à moins qu'on se retrouve évidemment dans une situation d'urgence ou dans une des exceptions qui sont prévues à la loi.

Le Président (M. Copeman): Ça va? M. le député de Vimont.

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. Me Ménard, Me Dorneau et Me Champagne, bonjour. C'est agréable d'avoir trois avocats pour avoir une opinion, là, puis en plus on peut dire pro bono, donc on va en profiter un petit peu.

Moi, je reviens à la page 4 de votre document, lorsque vous faites état du problème que vous soulevez, vous amenez une interrogation, dans votre dernière phrase du deuxième paragraphe, vous dites: «Enfin, l'interdiction de communiquer des renseignements à des filiales canadiennes de compagnies américaines semble quelque peu étrange.» Les discussions avec le service du ministre et tous les spécialistes, la raison, elle est simple: c'est à cause de la réalité du Patriot Act, qui amène un tel commentaire de la part de... dans la loi et donc pour éviter... Parce que le Patriot Act fait en sorte qu'aujourd'hui des renseignements qui seraient transmis à toute compagnie

américaine, mais... qui sont des filiales canadiennes mais d'une compagnie américaine, les Américains, par l'entreprise du FBI ou autres, pourraient mettre la main sur ces données-là. C'est ce que vient dire le Patriot Act. Donc, de là la raison du libellé.

Est-ce que vous auriez peut-être une autre façon? Parce que dans le fond l'objectif, c'est justement, c'est d'être certain, on veut s'assurer, nous, que l'information des citoyens du Québec ne soit pas... par une loi qui est hors de notre contrôle et des processus qui sont totalement hors de notre contrôle, que ces renseignements-là se retrouvent à l'extérieur du Québec. Dans le fond, c'est pour respecter justement les citoyens du Québec. Est-ce que vous auriez une suggestion à ça?

Mme Champagne (Sylvie): Non, pas pour le moment.

M. Auclair: Non.

M. Ménard (Jean-Pierre): Mais on pourrait la faire parvenir, peut-être. Au même tarif.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Auclair: O.K. Merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, Me Ménard, Mes Dorneau et Champagne, bienvenue, de la part de l'opposition officielle, à cette commission parlementaire.

Alors, d'entrée de jeu, vous faisiez valoir que peu de temps avait été laissé aux organismes qui présentent des mémoires devant la commission parlementaire. Je dois vous dire que cette déclaration a été faite par un très grand nombre d'organismes. 52 d'entre eux ont choisi d'ailleurs de demander au ministre de reporter de quelques semaines la tenue de cette commission parlementaire en faisant valoir qu'il y avait une complexité dans le projet de loi qui est devant nous, étant entendu qu'il y avait plusieurs sujets distincts qui étaient abordés, notamment cette question de circulation de l'information, de reconnaissance d'accès à l'information et qui, à elle seule, vaudrait un examen parlementaire attentif et un projet de loi distinct. Et il en était ainsi également sur toute la question du traitement des plaintes.

Alors, je ne sais pas si... vous me direz si j'ai tort, mais je retiens du mémoire que vous nous présentez ce matin... cet après-midi, plutôt, je retiens le fait que l'utilisateur doit être mis au courant. Alors, si on ne lui demande pas son consentement, au moins que ce ne soit pas à son insu que les renseignements circulent. Je crois que c'est ce qui me semble en tout cas résulter de votre mémoire au sujet de la protection des renseignements personnels des usagers. Mais, au mieux, ce serait que le consentement demeure la règle générale et avec des exceptions, plutôt que l'inverse, c'est-à-dire une exception, comme c'est le cas maintenant avec le projet de loi. Est-ce que j'interprète bien votre mémoire?

M. Ménard (Jean-Pierre): Écoutez, ce qui arrive, c'est parce que tout le concept de base du respect de la vie privée, c'est que c'est d'abord à la personne de décider avec qui elle partagera l'information qui la concerne. Donc, le principe de base, c'est qu'on devrait toujours, dans toute circonstance, viser le consentement de l'utilisateur ou de celui à qui appartient l'information, sauf exception. Et c'est sûr qu'il y a des impératifs de gestion qui sont soulignés ici, il y a une tendance lourde de faire circuler l'information, mais on veut que, dans la mesure du possible, là, l'utilisateur reste le plus possible en contrôle de tous ces processus-là. Je pense que c'est l'esprit qu'il faut viser ici, là, tenant compte de tout ce qu'on a dit déjà là-dessus.

Mme Harel: À la page 4 de votre mémoire, à l'égard de l'interdiction que contient la loi, là, de communiquer des renseignements à des filiales canadiennes de compagnies américaines, cela vous semble étrange. Enfin, c'est l'expression que vous utilisez dans votre mémoire. Cependant, mon collègue de Vimont vous disait tantôt qu'il s'agit de s'assurer de ne pas tomber sous la coupe du Patriot Act américain. Ce sera un sujet qui reviendra d'ailleurs dans plusieurs mémoires que nous aurons à examiner. Est-ce que vous avez eu l'occasion, au Barreau, d'examiner en fait les conséquences de l'adoption du Patriot Act américain?

Mme Champagne (Sylvie): Pas à ma connaissance. Évidemment, je ne peux pas parler pour le Barreau. Vous savez qu'il y a plusieurs comités consultatifs, groupes de travail, il y a un groupe de travail sur l'accès à l'information, au Barreau, et c'est fort possible que ce groupe de travail là ait regardé les impacts du Patriot Act américain.

Évidemment, ce serait quelque chose sur lequel le Barreau aurait aimé avoir la chance... peut-être avec les éclaircissements que nous avons aujourd'hui, regarder. Et, à la lumière de cette interprétation-là, ça semble avoir beaucoup de sens, la disposition qui est incluse au projet de loi n° 83. Mais, quand nous avons pris connaissance du projet de loi n° 83, évidemment, ça ne faisait pas référence à cette loi américaine là, donc on n'avait pas ça à l'esprit.

• (14 h 50) •

Mme Harel: Remarquez qu'un observateur non averti, là, qui regarde les travaux de la commission depuis le début peut s'imaginer qu'on discute de projets de loi différents, parce que les mémoires qui sont présentés, souvent, n'abordent qu'un aspect de la question. Et, comme c'est un projet de loi — comment appelle-t-on? — fourre-tout, n'est-ce pas, où on retrouve 44 lois modifiées, nous, on pense qu'il pourrait y avoir cinq projets de loi distincts, tellement les questions abordées sont extrêmement diversifiées. Alors, je comprends que l'essentiel de votre mémoire est plus axé sur le traitement des plaintes, sur le traitement des plaintes des usagers.

M. Ménard (Jean-Pierre): Non. Il est plus large que ça, mais il est très ponctuel parce qu'on a dû le faire de façon très ponctuelle. Je vous dirais qu'on aurait préféré faire un mémoire plus substantiel; il y avait amplement de matériel de réflexion. Mais on a peut-être fait — écoutez, on peut l'admettre, là, les avocats admettent

parfois ces choses-là aussi — peut-être un examen, je vous dirais... un survol, parce qu'on a essayé d'identifier les points les plus importants tout de suite. Mais c'est clair que d'habitude ces projets-là, ils sont étudiés par des comités qui se réunissent à deux, trois, quatre, cinq, six reprises pendant plusieurs heures où on scrute, puis on met ensemble notre expertise, puis on dégage des consensus, puis on... Alors, ici, ça a été fait de façon extrêmement, je dirais, concentrée, parce qu'on n'avait pas... tu sais, on n'avait pas le temps nécessaire pour produire... On aurait aimé ça peut-être produire une réflexion plus élaborée sous plusieurs aspects de ce projet de loi là. On vous donne simplement, je vous dirais, une impression. On vous a soumis un mémoire impressionniste, si vous voulez.

Mme Harel: On vous remercie quand même de votre contribution. Comme l'a signalé notre collègue de Vimont, c'est peu fréquent qu'on puisse, comme ça, profiter de l'expertise gratuite de trois avocats en même temps. Et on sait toute l'expertise qui est détenue par des personnes que le Barreau a choisies pour le représenter.

Alors, sur la question du processus de certification des résidences pour personnes âgées. On sait que c'est ce processus de certification qui ouvre la possibilité au traitement de plaintes, qu'en dehors de la certification les personnes hébergées en ressources privées n'auront pas la protection en fait du Protecteur des usagers, qui devient vice-protecteur des citoyens. Ils n'auront pas cette protection. La protection est liée à la certification. Pas de certification, pas de protection.

J'aimerais ça vous entendre là-dessus. Parce que vous faites valoir dans votre mémoire une décision du Tribunal des droits de la personne, de 1994, c'est bien ça? Et, à la fin de la... on lit ceci dans la décision du tribunal: «Le tribunal constate [...] que les autorités [...] se sont avérées incapables d'agir efficacement pour mettre un terme aux activités clandestines des défenderesses ou, à tout le moins, qu'elles n'ont pas agi avec la détermination requise à cette fin.»

Oui, évidemment, là il va nous falloir une sorte de nomenclature, là, des résidences, là, le type de résidence, dans la catégorie résidences privées. Il y a la catégorie résidences publiques ou privées conventionnées, mais là il va y avoir le privé conventionné, il va y avoir le privé certifié, il va y avoir le privé agréé, avec un agrément, il va y avoir le privé qui reçoit une allocation pour hébergement. En fait, il va y avoir toutes les sortes... oui, et on ajoute de nouvelles catégories.

Là, ce qui est nouveau, c'est cette idée — je reviens à cette question centrale, là — c'est l'ouverture de la protection du traitement des plaintes seulement à un certain type de résidences privées qui hébergent des personnes. Je comprends que dans votre mémoire vous souhaitez l'élargissement à toutes les personnes vulnérables et non pas simplement aux personnes âgées. J'aimerais ça vous entendre là-dessus. Et je comprends que dans votre mémoire vous dites également: Il faudrait aller plus loin que restreindre le traitement des plaintes aux seules catégories de ressources privées qui sont certifiées ou qui ont un lien, là, avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

M. Ménard (Jean-Pierre): Bien, c'est clair qu'on a là une question qui est beaucoup plus complexe

que peut-être les quelques lignes qu'on a pu en dire, aussi. Parce que ça, ça part d'un problème qui est peut-être un petit peu... qui relevait peut-être d'une dysfonction du système de santé. C'est qu'on s'est aperçu que, dans les ressources privées d'hébergement, celles qu'on veut... celles auxquelles le projet de loi, là, fait référence ici, on s'est aperçu, à un moment donné, qu'il y avait déjà beaucoup de monde, dans ces ressources-là, qui avaient peut-être besoin d'un certain niveau de protection. Parce qu'en principe les gens qui sont dans ces ressources-là, ce sont des gens aptes, autonomes, qui n'ont pas besoin de protection, donc qui n'ont pas besoin de la main bienveillante de l'État pour assurer leur protection.

Pourquoi est-ce qu'on pense... C'est un peu la rationnelle du projet de loi. Puis je vous dis ça parce que, l'an dernier, avec le sous-ministre... avec le sous-ministre Gabrièle à l'époque, on avait longuement discuté de ces questions-là à l'occasion d'une autre enquête sur une résidence privée hors réseau, justement, c'était: Bon, on reconnaît le fait qu'il y a des gens là vulnérables, des gens qui ont besoin de protection, là, puis comment les protéger sans par ailleurs que le système soit obligé de les prendre en charge aussi?

Parce que le problème de ces ressources-là, c'est qu'il n'existe aucune structure de soins organisée, il n'existe pas de mécanisme pour assurer l'adéquation des services par rapport aux besoins des clients, aussi. Alors, on s'est dit: Bon, bien, de quelle manière on peut quand même mettre un petit peu d'ordre là-dedans? Alors, on a d'abord prévu le registre de ces ressources-là. Là, on vient de prévoir... on vient de rajouter la notion de «conformité». Sauf que la conformité, ici, dans la loi, on n'a pas retrouvé d'indice que c'était lié à une qualité de services déterminée. C'est sûr qu'il peut y avoir des critères, je vous dirais, sanitaires, là, s'assurer que c'est propre, s'assurer que l'espace est là, que c'est aéré, et tout ça, là, mais, par rapport à la notion de services, il n'y a rien là-dessus. Bon.

En principe, on ne devrait pas retrouver là de gens non autonomes, donc qui ont besoin de services plus appropriés. Dans ce contexte-là, si on ne garde là que des gens autonomes, ce n'est peut-être pas un si gros débat que ça de dire: Pourquoi il y en a certains qui vont avoir un certificat de conformité, d'autres qui n'en auront pas? Mais, du moment qu'on met des gens là, non autonomes, la question que vous posez, elle devient tout à fait pertinente: Est-ce que ceux qui ne rechercheront pas la conformité seront ceux qui en auraient le plus besoin? Je pense qu'on peut poser la question aussi, puis on peut, à ce moment-là, débattre du mérite d'une proposition comme celle-là, qui apparaît peut-être incomplète ou encore qui ne va pas jusqu'au bout.

C'est la logique, aussi. Si on dit: Bien, écoutez, au bout de la ligne, ce ne sont que des gens autonomes, bon, bien, écoutez, que des organismes privés veuillent avoir un certificat de conformité pour favoriser peut-être le recrutement de clientèles ou favoriser n'importe quoi, là, bon, ce n'est pas un enjeu très important. Où ça devient important, c'est, si on tolère qu'il y ait là des gens vulnérables, là, comment ça se fait qu'on ne les accrédite pas toutes et comment ça se fait qu'on ne les inspecte pas toutes? Et, par ailleurs, au niveau des conditions, est-ce qu'on ne devrait pas ouvrir la porte à

certaines exigences par rapport à la qualité... d'un minimum de soins, aussi? Alors, je pense que c'est un problème qui est important.

Mme Harel: C'est très intéressant, ce que vous dites, parce que vous dites: Si on tolère qu'il y ait des gens vulnérables en fait et qu'on les laisse sans protection... Hein? C'est ça, la vraie question?

M. Ménard (Jean-Pierre): C'est ce qui est le cas actuellement.

Mme Harel: Du côté ministériel, souvent le ministre dit: Oui, mais c'est leur domicile. Comme si c'était un choix, le libre choix, hein, du domicile, alors on n'est pas pour s'immiscer dans leur domicile. Et là ça peut être une pure fiction, ça. C'est juridique, là, le domicile, puisque la personne n'a pas d'autre choix, compte tenu de sa situation de vulnérabilité, de perte d'autonomie où elle doit quitter son domicile en fait pour... disons pour un service d'hébergement.

Ce matin, avant que vous ne soyez parmi nous, le Regroupement provincial des organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement ont présenté un mémoire dans lequel ils ont abordé des études réalisées par l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, lesquelles études vont être transmises à la commission, qui prouvent que, dans les régions de Montérégie et de l'Estrie, qui ont été étudiées dans le cadre de cet examen, là, approfondi, «le secteur privé accueille une clientèle [...] handicapée: [soit] 30 % des résidents — actuels, là — souffrent d'une lourde perte d'autonomie ou de profondes atteintes cognitives. La prévalence de l'atteinte cognitive dépasse [...] les 50 % dans les résidences de taille moyenne sans permis. Ces personnes étant particulièrement vulnérables aux négligences et aux abus de toutes sortes, il est préoccupant de voir leur milieu de vie exempt de tout contrôle gouvernemental.» Fin de la citation de l'étude intitulée Centre de recherche en vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Et là je pense que cette question-là est au coeur, là, de toute la question du traitement des plaintes. Parce que le projet de loi ne prévoit pas, pour les ressources d'hébergement privées dont les propriétaires ne voudront pas se faire certifier et ne voudront pas accueillir les personnes référées, ne prévoit pas, même si ces ressources privées, à toute évidence, hébergent des personnes en lourde perte d'autonomie physique ou cognitive, le projet de loi ne prévoit rien là comme, si vous voulez, modes de... comme...

Une voix: Un filet.

Mme Harel: ...un filet de protection.

● (15 heures) ●

M. Ménard (Jean-Pierre): Ce qui arrive, c'est que c'est là, c'est un problème qui est peut-être plus politique que juridique, parce que le pouvoir d'inspection du ministère et des agences par rapport à ces ressources-là, il est là, il est dans l'article 489, il est tout là. O.K.? Le problème, c'est que... Puis ce n'est purement pas une question, comme j'ai dit, juridique, c'est une question qui est politique, c'est que ce pouvoir-là, il

n'est pas exercé ou très, très peu. Et pourquoi? Parce que le réseau n'est pas en mesure d'assumer la prise en charge qui en découlerait aussi. Alors, je ne sais pas si, à travers le processus d'inspection, on ne pourrait pas forcer ou inciter les gens à soit... ou bien aller chercher un certificat de conformité ou carrément mettre fin à leurs opérations, aussi. C'est un problème qui n'est pas d'abord juridique, parce que toutes les mesures juridiques nécessaires sont là, sont disponibles. C'est une question de volonté de...

Mme Harel: Écoutez, on a la chance d'avoir un expert, on en profite. Là, vous nous avez parlé de l'article 89...

M. Ménard (Jean-Pierre): 489.

Mme Harel: 489 de la loi actuelle.

M. Ménard (Jean-Pierre): Oui, c'est l'inspection.

Mme Harel: Le pouvoir d'inspection.

M. Ménard (Jean-Pierre): Oui, de ces ressources-là.

Mme Harel: Bon. Ça, évidemment, si c'est porté à leur connaissance. Mais souvent ces ressources, par exemple, ne s'inscrivent pas dans le registre, malgré que la loi prévoit que l'inscription est obligatoire. Alors, est-ce qu'il nous faudrait des sanctions, à défaut qu'il y ait inscription?

M. Ménard (Jean-Pierre): Bien, c'est que la sanction, si on pratique des activités sans permis, c'est que le ministre peut ordonner... le ministre ou l'agence peut ordonner la relocalisation des personnes. C'est une sanction de cette nature-là, là, ce n'est pas... un peu plus administrative, là. Mais c'est ça qui peut se faire aussi. Mais actuellement ça se fait à une échelle homéopathique.

Mme Harel: Et que vous semble-t-il que... Quelles seraient les modifications qu'il faudrait apporter au projet de loi pour que ces personnes vulnérables puissent obtenir cette protection éventuelle?

M. Ménard (Jean-Pierre): Écoutez, moi... c'est-à-dire regardez, moi, je ne suis pas sûr qu'il faut modifier la loi. C'est parce que la loi... Tous les pouvoirs importants, ils sont tous là, là. Quand on dit 489, pour toutes les ressources sans permis, c'est là, ça n'a pas besoin d'être changé, ça a besoin juste d'être appliqué, tout simplement.

Le projet de loi lui-même, c'est que, par rapport aux ressources privées, comme je vous dis, hors réseau, dans la mesure où on applique la loi correctement, il n'y a pas besoin d'en rajouter, si vous voulez, au niveau du projet de loi qui est là.

C'est tout à fait souhaitable, et bien qu'on encourage l'obtention de ce... de l'attestation que la loi... le projet de loi prévoit pour les organismes qui hébergent des personnes autonomes... Si on veut commencer à héberger des personnes non autonomes dans ces ressources-là, bien la loi actuelle, elle contient déjà tout ce qu'il faut

pour traiter ça comme il faut. Puis là, ce n'est pas une question de: Est-ce qu'on a les bons articles de loi?, c'est: Est-ce qu'on l'applique comme on devrait l'appliquer? C'est ça qu'il faut regarder.

Mais, moi, je vous dirais qu'il n'y a pas lieu de modifier le projet de loi pour englober ça, parce que là on va peut-être faire double emploi avec des articles qui existent déjà. Puis, le problème, comme je vous dis, là, il n'est plus juridique, il n'est plus de savoir si on a le bon article ou le bon verbatim, c'est: Est-ce qu'on applique qu'est-ce qu'on a?

Mme Harel: L'article 489, c'est un pouvoir d'inspection, n'est-ce pas, soit dans une ressource pour laquelle un permis est exigé ou dans toute installation maintenue par un établissement. Je ne sais pas à quoi réfère le mot «établissement».

M. Ménard (Jean-Pierre): «Établissement», c'est un organisme qui exploite soit un CHSLD, un CLSC, etc., là.

Mme Harel: Et, s'il n'y a ni...

M. Ménard (Jean-Pierre): Pour lequel il faut un permis.

Mme Harel: Oui, voilà. Mais, à ce moment-là, ce n'est pas un pouvoir général d'inspection, c'est un pouvoir d'inspection uniquement...

M. Ménard (Jean-Pierre): Pour aller voir s'il s'exerce là des activités pour lesquelles la loi exige un permis.

Mme Harel: Un permis.

M. Ménard (Jean-Pierre): Oui. Et là, s'il n'y a pas de permis, on va voir l'article 452 et suivants qui régissent tout le processus d'exploitation sans permis, avec la mécanique de relocalisation, le cas échéant.

Mme Harel: Donc, une ressource privée d'hébergement qui hébergerait des personnes non autonomes sans permis à cette fin ou en n'étant pas dans un établissement prévu à cette fin est considérée comme clandestine.

M. Ménard (Jean-Pierre): Évidemment, c'est ça. Puis une agence où le ministre pourrait être, sur réception de n'importe quelle... d'information de n'importe quelle source, envoyer un inspecteur pour aller voir qu'est-ce qui se fait là. Le 30 % dont vous parliez tantôt, de ressources privées, bien, si l'agence de Sherbrooke les connaît, on pourrait envoyer un inspecteur demain matin puis aller voir effectivement quel genre de clientèle est là, puis, si on pense que ces gens-là devraient être pris en charge par le réseau, il y a des procédures qui sont prévues ici, là. Alors donc, ça ne requiert pas, d'après moi, qu'on touche le projet de loi.

Mme Harel: ...revient à une question politique, c'est: la prise en charge par le réseau suppose qu'il y ait des... Depuis deux ans, il n'y a pas une seule place de plus dans le réseau public.

M. Ménard (Jean-Pierre): Comme je vous dis, là, c'est une... plus politique que juridique.

Mme Harel: D'accord. Parfait.

M. Ménard (Jean-Pierre): Le Barreau ne fera pas de commentaire politique.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Harel: Merci.

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

M. Couillard: M. le Président, je ne peux m'empêcher de réagir à certains propos, et voulant quand même conserver — oui, il me reste du temps — l'aspect pacifique de nos débats... Je rappellerais à la population que le parti représentant l'opposition actuelle a supprimé 4 000 places d'hébergement au Québec. Et je rappellerais également...

Mme Harel: Pour en restaurer combien?

M. Couillard: 4 000.

Mme Harel: Pour en restaurer combien?

M. Couillard: 4 000.

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

M. Couillard: Et que...

Mme Harel: ...restaurer combien?

M. Couillard: Non, non...

Le Président (M. Copeman): Non, non, mais...
Mme la députée...

Mme Harel: Là, il y a ni...

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, vous connaissez très bien nos règles de fonctionnement, ayant été... ancienne présidente de la Chambre. J'ai reconnu le ministre de la Santé, alors allez-y, M. le ministre.

Mme Harel: ...

M. Couillard: Oui, mais effectivement la vérité peut parfois être irritante, là, mais il y a 4 000 places qui ont été...

Mme Harel: On verra bien, dans quatre ans, combien de places vous aurez.

M. Couillard: ...qui ont été supprimées, pas complètement à tort d'ailleurs, parce qu'il faut transformer notre façon d'aborder la perte d'autonomie, en n'utilisant pas seulement l'hébergement institutionnel mais d'autres ressources également, dont les soins à domicile ou les ressources intermédiaires.

Et je constate également qu'on partage tous, autour de la table, la préoccupation de la qualité de vie des personnes hébergées. On peut regretter cependant qu'à l'époque où l'opposition détenait le pouvoir de légiférer ils se soient limités, malgré tous les rapports qui ont été publiés, à la mise en place d'un registre, qui somme toute est assez peu efficace. Mais ceci sera l'objet d'une autre discussion.

Je veux revenir sur la question de l'autonomie, parce que vous avez bien dit, vous avez bien expliqué l'article 489, que vous connaissez encore mieux que moi qui suis un novice dans le domaine de la législation, qu'on a pouvoir d'inspecter dans tout endroit où normalement il devrait y avoir un permis, donc tout endroit où on devrait avoir une activité de type CHSLD. Normalement, ça prend un permis pour le faire, vous avez entièrement raison.

Mais effectivement je reviens à ce que Mme la députée soulevait tantôt, sur la question du domicile. Et c'est un processus continu, la perte d'autonomie. En général, on arrive dans une résidence privée avec une autonomie à peu près préservée ou en légère perte d'autonomie, et le processus malheureusement se poursuit au cours des années. Un peu comme si on restait à la maison. Il existe des gens actuellement dans notre société qui sont en perte d'autonomie parfois assez lourde qui sont à domicile, chez eux, avec des soins à domicile assez importants, et on ne va pas inspecter leur domicile. Ce qu'on fait cependant, c'est que les personnes qui leur donnent des services qui viennent du réseau de la santé et des services sociaux, qui doivent être celles-là, sont soumises aux règlements, sont soumises au processus de plaintes, sont soumises à tous les recours, que vous connaissez très bien. Et c'est la même chose finalement pour un endroit, domicile, résidence, par exemple, où une personne en lourde perte d'autonomie devrait normalement — vous avez raison — recevoir des services du réseau à son domicile, sous forme de soutien à domicile, assez lourd parfois, soumis à l'examen de la qualité, soumis à l'examen des plaintes, etc. Alors, je pense que c'est dans cet axe-là qu'il faut replacer le débat. Est-ce que vous ne croyez pas?

M. Ménard (Jean-Pierre): Oui, mais écoutez, ce qui arrive, c'est que c'est clair aussi que... Bon, on ferme un petit peu les yeux sur toutes sortes de choses aussi, puis je pense qu'au niveau de l'inspection ils ont peut-être... en tout cas... Actuellement, on ramasse des données à gauche et à droite aussi sur un certain nombre de choses, puis on sait que des situations qui ne devraient pas exister existent ici et là, à des degrés divers, puis ça va bien tant qu'à un moment donné ça n'écclate pas à quelque part.

Je pense qu'au niveau de l'inspection... Bon, actuellement, on a un processus d'inspection qui a un certain caractère facultatif, si vous voulez. Je ne sais pas jusqu'où on ne devrait pas, à un certain degré, le mettre obligatoire. Puis c'est plus une réflexion personnelle que je vous donne ici, là; on n'a pas poussé la réflexion jusque-là. Parce que c'est vrai que, d'un autre point de vue, puis ça, je pense que vous avez raison là-dessus aussi, légalement, une personne qui est en perte d'autonomie physique, physique, mais qui garde toute sa lucidité,

elle peut décider, si elle veut, de demeurer dans les pires conditions, si on veut, les conditions les plus clandestines, les plus horribles. Si c'est son choix à elle, elle a le droit de faire ce choix-là même si c'est un mauvais choix.

Le problème qu'on a, c'est que, quand la perte d'autonomie devient cognitive, où là c'est une problématique qui est différente, puis là il faut qu'elle soit regardée différemment, parce qu'on a des gens qui ne sont plus en mesure de se défendre, aussi, et c'est ça qui est peut-être la grande difficulté qu'il faut qu'on regarde un petit peu plus. On n'a peut-être pas d'instrument assez sensible dans le réseau actuellement pour dire: Comment est-ce qu'on gère cette problématique-là de perte d'autonomie? On associe trop souvent la perte d'autonomie uniquement à des questions statistiques... et alors que c'est beaucoup plus complexe que ça. Le président me fait signe d'arrêter, alors je vais arrêter.

Le Président (M. Copeman): Exact.

M. Ménard (Jean-Pierre): Merci.

Le Président (M. Copeman): Me Champagne, je vous signale simplement une chose. Tous les parlementaires apprécient grandement la contribution du Barreau et la rigueur avec laquelle les diverses transmissions sont faites. Je vous ferais remarquer très amicalement que, dans la lettre-mémoire soumise au ministre, signée par le bâtonnier, vous indiquez que le projet de loi a été présenté le 22 décembre. Il a été présenté le 10 décembre. De toute évidence, l'Assemblée nationale ne siégeait pas le 22, nous avons déjà ajourné nos travaux. Pour votre information. Merci beaucoup...

Mme Champagne (Sylvie): C'est noté.

Une voix: ...

• (15 h 10) •

Le Président (M. Copeman): Bien sûr. Merci beaucoup, Me Champagne, Me Dorneau, Me Ménard, d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom du Barreau du Québec. Et j'invite maintenant les représentantes de l'Ordre des sages-femmes du Québec à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission des affaires sociales reprend ses travaux, poursuit ses travaux, je devrais dire, et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentantes de l'Ordre des sages-femmes du Québec. Mme Gagnon, présidente-directrice générale, bonjour. Simplement, comme je le fais avec tous les groupes, je vous rappelle nos règles de fonctionnement. Vous avez une période maximale de 20 minutes pour faire votre présentation, qui est chronométrée de façon très rigoureuse, et ce sera suivi par des échanges d'une période maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Je vous prierais de présenter les personnes qui vous accompagnent et de débiter votre présentation.

Ordre des sages-femmes du Québec

Mme Gagnon (Raymonde): M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les députés, merci de nous accueillir à votre commission.

Il me fait plaisir de vous présenter mes collègues: d'abord, Mme Dominique Porret, qui est vice-présidente de l'ordre; Mme Sandra Demontigny, sage-femme, qui est chargée d'affaires professionnelles; et Me Joann Zaor, qui est notre conseillère juridique.

L'Ordre des sages-femmes du Québec a pour mission d'assurer la protection du public et de donner aux sages-femmes un environnement favorable leur permettant de se développer professionnellement. Plus précisément, l'Ordre des sages-femmes assure la protection du public en établissant la compétence des sages-femmes lors de leur admission à la pratique, en s'assurant du maintien de la compétence des sages-femmes via la formation continue et l'information, en assurant régulièrement une inspection professionnelle des sages-femmes, en voyant au respect par les membres des obligations déontologiques et réglementaires et bien sûr en traitant équitablement les plaintes formulées contre les sages-femmes.

Nous sommes heureuses d'être avec vous aujourd'hui afin de vous faire part de nos recommandations à l'égard du projet de loi n° 83. D'entrée de jeu, nous désirons vous présenter notre profession qui, malgré sa légalisation il y a cinq ans, demeure encore méconnue pour une grande partie de la population. Nous croyons également que ces informations vous permettront de mieux saisir le sens de nos recommandations.

La profession de sage-femme au Québec est issue des demandes répétées de la population qui ont conduit à sa légalisation en 1999. Le champ de pratique de la sage-femme consiste à effectuer le suivi de grossesse des femmes dont la grossesse se déroule normalement, les assister lors du travail et de l'accouchement, faire également le suivi des mères et des bébés jusqu'à six semaines après la naissance. Les sages-femmes font également le dépistage des complications et sont habilitées à intervenir en situation d'urgence. Afin de donner tous les soins et les services professionnels requis, les sages-femmes peuvent prescrire les examens de laboratoire, les examens diagnostiques telles les prises de sang, l'échographie, de même que les médicaments qui peuvent être nécessaires à une période ou l'autre du suivi.

Ainsi, la profession de sage-femme a bien évolué au fil des années. Les sages-femmes sont des professionnelles de la santé ayant, depuis 1999, une formation universitaire reconnue. C'est seulement au terme de quatre années d'études universitaires entièrement consacrées au domaine de l'obstétrique normale qu'une sage-femme peut prétendre à la profession. La sage-femme est donc une intervenante de première ligne capable d'agir en toute autonomie. En somme, vous êtes à même de constater que la pratique des sages-femmes d'aujourd'hui est loin de la réalité des filles de Caleb.

J'aimerais maintenant vous parler de la philosophie sage-femme qui nous caractérise et fait notre spécificité. La pratique des sages-femmes est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes. La relation avec la femme se bâtit dans la continuité des soins et

des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale et tient compte des différents besoins sociaux, culturels, émotifs autant que physiques des femmes.

Les sages-femmes encouragent les femmes à faire des choix quant aux soins et aux services qu'elles reçoivent et à la manière dont ceux-ci sont prodigués. Elles conçoivent les décisions comme résultant d'un processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, la famille et les professionnels de la santé, la décision finale appartenant toutefois à la femme.

L'accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille. Il importe d'apporter aux femmes le respect et le soutien dont elles ont besoin pour accoucher avec leur pouvoir, en sécurité et dans la dignité. Ainsi, les sages-femmes sont prêtes à assister les femmes dans le lieu d'accouchement de leur choix, que ce soit la maison de naissance, le centre hospitalier ou le domicile, dès que l'assurance responsabilité couvrira ce lieu.

Les sages-femmes considèrent que la promotion de la santé est primordiale dans le cycle de la maternité. La pratique se base donc sur la prévention et inclut un usage judicieux de la technologie.

Pour le réseau québécois de la santé, la reconnaissance de la profession de sage-femme fait partie des avancées importantes de la dernière décennie. Au Québec, l'étude sur la pratique des sages-femmes en maison de naissance a démontré que, pour des accouchements normaux, il y avait une diminution du nombre d'interventions par rapport à la pratique traditionnelle. On retrouve moins d'interventions, donc deux fois moins de césariennes, moins d'hospitalisations et, lorsqu'elles ont lieu, la durée du séjour est de plus courte durée. Également, on retrouve moitié moins de bébés prématurés et de bébés de faible poids. Ces données contribuent sans conteste à une amélioration de la santé des femmes et des familles en plus d'avoir une incidence économique positive.

En espérant que ces informations vous auront permis de mieux connaître notre profession, nous aimerions maintenant vous faire part de nos recommandations concernant le projet de loi n° 83.

Notre première recommandation concerne l'article 129, portant sur la composition des conseils d'administration des instances locales. L'Ordre des sages-femmes du Québec demande une modification à cet article afin qu'une représentante du conseil des sages-femmes ait une place désignée au conseil d'administration des instances locales où elles exercent leur profession.

La Loi sur les sages-femmes et la Loi sur les services de santé et les services sociaux avaient prévu qu'une sage-femme désignée par les membres du conseil des sages-femmes de l'établissement siège sur le conseil d'administration de cet établissement. Or, avec la modification proposée par le projet de loi n° 83, le conseil des sages-femmes ne compterait plus de représentante sur le conseil d'administration de l'instance locale, avec pour conséquence que la profession de sage-femme accuserait ainsi la perte d'une voix pour faire valoir les besoins de la population qu'elle dessert, également la perte d'un excellent moyen pour faire davantage connaître ses services aux autres intervenants du milieu et, de plus, la perte d'un moyen de veiller à assurer le

développement d'une profession en émergence qui ne peut, à l'heure actuelle, satisfaire les demandes grandissantes de la population.

Le système de santé québécois gagne à développer les services de sages-femmes. Or, la perte de la représentation sur les conseils d'administration risque de nuire à l'émergence de la profession et de ralentir grandement son développement, pourtant souhaité par le gouvernement. Cette situation est encore plus alarmante si l'on réalise qu'il y a actuellement une pénurie d'effectifs médicaux en obstétrique. À titre d'exemple, en 1985, il y avait 18,5 % des omnipraticiens qui faisaient des accouchements, puis, en 2003, on en dénombrait 5,3 %.

L'Ordre des sages-femmes est d'avis que le conseil des sages-femmes doit être un partenaire à part entière et en conséquence être un membre votant du conseil d'administration. La représentation du conseil des sages-femmes est pertinente mais surtout nécessaire.

Regardons brièvement le mandat qui est confié à l'instance locale par le législateur et voyons comment les sages-femmes peuvent y collaborer. Dans sa responsabilité de définir un projet clinique et organisationnel, son premier mandat est d'abord d'identifier les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci. La sage-femme, pour la population qu'elle dessert, est principalement l'unique intervenante du suivi complet de maternité. Qui plus est, les demandes de services sages-femmes sont grandissantes et actuellement elles ne peuvent toutes être répondues. Le conseil des sages-femmes est assurément un incontournable, puisqu'il est le seul en mesure d'identifier pour cette clientèle les faits permettant de guider un développement bien ciblé en fonction du bien-être de celle-ci.

● (15 h 20) ●

Également, de par leur approche préventive et axée sur la santé, les sages-femmes constituent un excellent baromètre de la santé d'une population. Elles voient les femmes, les couples, les familles évoluer dans des situations physiologiques et normales. Elles sont à même de constater l'évolution des habitudes de vie et l'état de santé d'une population. Les sages-femmes misent sur la continuité des services. Le suivi personnalisé qu'elles offrent permet de connaître en profondeur les gens et d'identifier des problématiques qui autrement pourraient demeurer silencieuses. La présence d'une représentante du conseil des sages-femmes au conseil d'administration de l'instance permettra de partager ces précieuses observations et de profiter d'une vision de santé globale, riche pour le système de santé québécois.

Le second mandat, quant à lui, touche la définition des objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. En tant qu'intervenantes de première ligne, les suivis de sages-femmes visent à améliorer la santé et misent sur une approche globale et préventive. La pratique des sages-femmes est influencée par le fait qu'elles travaillent avec une clientèle généralement en bonne santé, contrairement à la majorité des autres intervenants. Cette situation résulte dans le fait que les sages-femmes possèdent une perspective différente tant à l'égard de la grossesse qu'à l'égard de la santé en général. Il importe donc que les conseils d'administration puissent bénéficier de cette expertise.

L'instance locale a pour mandat de voir à l'amélioration de la santé de la population qu'elle dessert. Les sages-femmes doivent faire partie de ce plan d'action, et une place au conseil d'administration vient reconnaître le rôle essentiel de la sage-femme dans le réseau local de services de santé et de services sociaux. Avec la Loi sur les sages-femmes, celles-ci sont devenues des partenaires du réseau de la santé. Nous nous demandons, aujourd'hui, pourquoi effectuer un pas en arrière en excluant les sages-femmes du conseil d'administration.

Quant à la détermination de l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population, le conseil d'administration aurait avantage à bénéficier de la vision et de l'expertise différentes des sages-femmes en regard de la santé lors de l'élaboration de l'offre de services sur le territoire. De plus, concernant plus spécifiquement l'offre de services des sages-femmes sur le territoire, la représentante du conseil des sages-femmes au sein du conseil d'administration serait nécessaire, car elle pourrait amener un apport certain à l'égard de l'organisation des services des sages-femmes.

Par ailleurs, le législateur a confié au conseil d'administration divers mandats en regard de la pratique des sages-femmes. À titre d'exemple, il doit conclure les contrats de services des sages-femmes oeuvrant dans l'établissement et assumer les responsabilités de nature clinique entourant leur pratique. En conséquence, il est primordial qu'une représentante des sages-femmes siège sur le conseil d'administration.

Nous aimerions maintenant vous apporter quelques éléments supplémentaires militant en faveur d'une représentation juste et équitable du conseil des sages-femmes au conseil d'administration. Malgré le fait que la loi oblige parfois le conseil d'administration à consulter le conseil des sages-femmes, il n'en demeure pas moins que ce sont des situations ponctuelles et limitées qui en aucune façon ne sauraient remplacer une présence officielle au sein du conseil d'administration.

Avec l'actuel projet de loi n° 83, le conseil des sages-femmes deviendrait le seul conseil professionnel sans représentation au conseil d'administration de l'instance. Justifier cette absence par le poids du nombre des professionnels ne résiste à aucune analyse et occulte l'importance du rôle et du champ d'activité confiés aux sages-femmes du Québec par le législateur. Elles sont des intervenantes de première ligne et tiennent à assumer leur rôle dans le réseau local de services de santé et de services sociaux.

L'approche globale et communautaire des sages-femmes, leur contribution au niveau des services de première ligne et le fait qu'elles rendent des services à la population sur de grandes étendues de territoire représentent une expertise utile pour le conseil d'administration dans l'approche populationnelle et les services de première ligne qu'il a l'obligation de développer.

Malgré le fait que les sages-femmes offrent des services régionaux et suprarégionaux dans certains cas, le conseil des sages-femmes n'a pas de représentation au conseil d'administration des agences régionales, contrairement aux autres professionnels de première ligne. Qui plus est, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, à son article 398.1, exclut expressément du conseil d'administration de la région régionale la sage-femme

ayant conclu un contrat de services avec l'établissement. En effet, selon ce même article, les sages-femmes ne peuvent faire partie des membres cooptés. Il appert donc juste et équitable que le conseil des sages-femmes soit minimalement représenté aux instances locales.

Au risque de se répéter, l'Ordre des sages-femmes croit qu'il est d'une importance capitale de ne pas effectuer de recul et de préserver la représentation du conseil des sages-femmes au conseil d'administration des instances locales, cela afin notamment de parvenir aux objectifs de résultat déterminés par le gouvernement du Québec en matière de santé.

Dans la même foulée, l'Ordre des sages-femmes du Québec recommande l'abolition de l'addition proposée au paragraphe 2° du nouvel article 133.0.1, stipulant que la sage-femme est réputée faire partie du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour la représentation au sein des conseils d'administration. L'Ordre des sages-femmes du Québec s'oppose catégoriquement à cette modification. L'Ordre est d'avis que le conseil des sages-femmes doit plutôt se prévaloir d'une place distincte et désignée au sein du conseil d'administration de l'instance locale, tel que demandé précédemment. Différents rapports ministériels ont fait état des paradigmes différents entre la profession médicale et la profession de sage-femme. Les sages-femmes travaillent régulièrement avec des médecins ainsi qu'avec d'autres professionnels de la santé, et nous croyons que nos pratiques respectives sont complémentaires, mais il importe de respecter nos spécificités dans les différentes structures administratives.

À la plus parfaite connaissance du législateur québécois, les sages-femmes ont dû, depuis de nombreuses années, mener plusieurs batailles afin de se tailler une place dans le réseau québécois de la santé. Via la Loi sur les sages-femmes, le gouvernement du Québec a reconnu la profession de sage-femme et les sages-femmes sont parties prenantes du réseau. L'Ordre est d'avis qu'il serait inopportun de modifier la méthode de représentation des sages-femmes. Il y a encore tellement de belles et bonnes choses à réaliser, tel qu'augmenter l'accessibilité aux services, concrétiser davantage d'ententes avec les centres hospitaliers, et plusieurs autres grands projets. Pour faire avancer ces grands projets structurants, il est primordial que les sages-femmes puissent apporter leur expertise, participer à la détermination des besoins et prendre part aux décisions.

En somme, l'Ordre des sages-femmes du Québec croit fermement qu'il n'y a que le conseil des sages-femmes pour représenter efficacement et justement ses membres. Les sages-femmes, les médecins, les autres intervenants et surtout la population ne pourront qu'être mieux servis par l'abolition de cette modification.

Et, en concordance avec ce qu'on vient déjà de présenter en ce qui concerne la demande de représentation au C.A., il doit être également prévu à l'article 133.2 que, lorsqu'il y a un nouveau conseil des sages-femmes qui est créé dans une instance, bien, qu'il y ait un membre qui soit désignée par et parmi les membres du conseil des sages-femmes pour siéger au conseil d'administration.

Maintenant, on désire vous formuler une recommandation afin de modifier le nouvel article 99.7, portant sur l'accès aux services médicaux généraux. Nous

demandons que les sages-femmes puissent avoir accès également, d'une part, à des plateaux techniques et diagnostiques et que, d'autre part, les sages-femmes puissent avoir accès à des médecins spécialistes, dans une perspective de hiérarchisation des services. On parlait tout à l'heure que, dans notre champ de pratique, on a à prescrire des examens, telles des échographies. On doit donc pouvoir avoir accès à des plateaux techniques et diagnostiques. De même, en tant qu'intervenantes de première ligne, on a à demander des consultations et à effectuer des transferts à des médecins spécialistes. La collaboration entre les médecins spécialistes et les sages-femmes étant essentielle, elle doit être facilitée et encouragée par la modification qu'on suggère ici.

Enfin, nous recommandons de modifier le nouvel article 520.16, portant sur les intervenants habilités, en y ajoutant la sage-femme. Toujours dans le même ordre d'idées, de par notre champ de pratique, en tant que professionnelles de première ligne, on prescrit des examens de laboratoire, des examens diagnostiques, des médicaments et dans certains cas on consulte d'autres professionnels habilités ou on effectue un transfert de soins. Donc, la participation des sages-femmes au programme de circulation de l'information permettrait une circulation optimale et plus aisée de l'information entre les professionnels concernés, lors des transferts par exemple.

En conclusion, l'Ordre des sages-femmes du Québec estime que les modifications actuellement proposées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux sont majeures et que certains articles, s'ils demeurent inchangés, porteront grandement atteinte à la profession de sage-femme et à son avenir. Il est capital que les recommandations de l'Ordre des sages-femmes du Québec soient entendues et considérées. La profession de sage-femme occupe une place prépondérante dans le réseau de la santé québécois. C'est une profession en émergence qui doit pouvoir maintenir ses acquis et se développer pour répondre à la demande de la population.

L'Ordre des sages-femmes du Québec connaît la volonté du gouvernement de développer les services sages-femmes au Québec et de faire de ces professionnelles des intervenantes de premier plan en périnatalité. Ce moment de changement législatif est crucial pour le devenir de la profession de sage-femme, et le gouvernement doit imprégner ses volontés dans les écrits législatifs afin qu'une progression et non un recul s'effectue en ce qui concerne la profession de sage-femme au Québec. Merci de votre attention.

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

• (15 h 30) •

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Mme Gagnon et mesdames, pour votre visite aujourd'hui. Je dois vous dire que les arguments que vous apportez pour la question de la représentation sont bons, et certainement on les étudie avec, je dirais, un regard favorable. Cependant, on est conscients qu'il n'y a pas des sages-femmes partout. Donc, il n'y aura pas... on ne peut pas dire de façon générale que partout il faut qu'il y ait une sage-femme sur un conseil d'administration,

mais peut-être que, là où il existe un conseil sages-femmes, pour laisser la profession, comme on l'espère, gagner le plus possible toutes les régions et tous les territoires du Québec... Parce qu'on partage cet objectif, comme vous le savez, que, au Québec comme dans d'autres pays, la population s'attend que, lorsqu'on a une grossesse normale, un accouchement présumé normal, que la plupart du temps c'est une sage-femme qui intervient... Moi, je n'ai pas de problème, comme vous le savez, du tout avec ça, puis ça se fait dans de nombreux autres pays pour le bénéfice de tous, puis nécessairement, également, des personnes, d'abord les femmes qui accouchent, des sages-femmes, et même des médecins, qui gagnent en collaboration et en efficacité.

Sur ce deuxième point, j'aimerais que vous refassiez un peu... le dernier point m'a intéressé, sur les plateaux techniques et les consultations. Parlez-moi de la situation actuelle, selon vos dispositions, de l'ordre professionnel. Et ce que vous demandez maintenant dans la loi, est-ce que c'est quelque chose qui touche seulement la loi de la santé et des services sociaux ou qui peut également toucher les lois professionnelles ou les codes de déontologie des médecins, par exemple?

Mme Gagnon (Raymonde): Bien, je ne crois pas, à mon avis. En fait, c'est... Quand on lisait le projet de loi n° 83 puis qu'on voyait qu'au niveau des agences, par exemple, il y avait à planifier, et au niveau des réseaux, au niveau des instances, qu'il y avait à s'assurer finalement que les plateaux techniques soient accessibles aux médecins généralistes, qu'il puisse y avoir une circulation et un accès facile, par exemple, aux médecins spécialistes, on disait: C'est important... la sage-femme est une intervenante de première ligne, on devrait mentionner aussi la sage-femme, à ce niveau-là, pour ne pas qu'elle soit oubliée puis que ce soit facile d'y avoir accès.

Parce que ce qu'on se rend compte c'est que, bon, ça devient de plus en plus complexe, parfois c'est plus difficile que c'était, et, si on ne parle pas des sages-femmes, là, à ce moment-là, s'il y a à prioriser, par exemple, une accessibilité aux plateaux techniques et diagnostiques, on ne voudrait pas finalement avoir des problèmes à cause de ça. Et je pense que, si on était identifiées comme pouvant réellement avoir accès à ça, comme dans le fond la loi l'a prévu, mais le fait de ne pas être nommées peut risquer un problème, là, à un moment donné, peut-être dans la priorisation de l'accès à ça. C'était dans cette perspective-là qu'on voulait vraiment, là, vous faire la recommandation, en se disant: Bon, bien, c'est important qu'on parle aussi des sages-femmes pour que ça puisse être facile, là, dans la vie courante et quotidienne, selon les besoins qu'on a.

M. Couillard: Donc, dans le cadre législatif de la loi de santé et de services sociaux, mais pas d'implication pour les autres ordres professionnels, ou les lois professionnelles, ou les codes de déontologie, d'après ce que je comprends?

Mme Gagnon (Raymonde): Non, ça ne change rien à ce niveau-là. C'est juste que, dans la loi santé et services sociaux, il faut que ce soit, là, facilitant. Et souvent, quand les choses ne sont pas nommées, elles ne sont pas nécessairement prises pour acquises.

M. Couillard: Vous avez raison.

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

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Bonjour, mesdames, merci pour la présentation de votre mémoire, c'est fort intéressant. Moi, je vais aborder quelques questions concernant... Vous nous parlez, au début, de toutes vos qualifications et de tout ce que vous donnez comme expertise au public. J'aimerais ça pouvoir vous permettre d'élaborer davantage. Parce que je vais vous avouer que, quand on parle de sages-femmes, dans la population, c'est une profession qui est un petit peu méconnue, malheureusement. Alors, je lisais: «En établissant la compétence des sages-femmes — c'est dans l'Ordre des sages-femmes, là — lors de leur admission en pratique...» J'aimerais ça que vous nous parliez notamment de vos études, comment ça fonctionne, etc. Parce que, pour beaucoup de gens, sage-femme, c'est une chose naturelle. Oui, c'est naturel, mais je sais que vous avez acquis aussi des compétences.

Mme Gagnon (Raymonde): Bien, je laisserais peut-être ma collègue Sandra vous parler finalement du programme sage-femme pour vous permettre de mieux le connaître.

Le Président (M. Copeman): Mme Demontigny.

Mme Demontigny (Sandra): Oui, c'est ça. Bonjour. Moi, je suis justement une sage-femme qui fait partie de la première cohorte, qui a gradué au baccalauréat en pratique sage-femme en 2003. Donc, la formation pour être sage-femme maintenant au Québec, c'est un baccalauréat d'une durée de quatre ans, de 130 crédits, qui se donne exclusivement à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Donc, la formation a débuté en 1999, et, les premières graduées, on a terminé en 2003.

Ce qu'il y a de particulier à la formation de sage-femme, c'est qu'on a une première année où on est exclusivement sur le campus, donc où on a des cours qui sont plus théoriques, qui touchent tant les sciences plus biomédicales que les sciences aussi... au niveau de la psychologie, la relation d'aide. Mais on a aussi trois années qui sont passées en stages, donc où on travaille à côtoyer des sages-femmes en préceptorat. On fait aussi un stage de deux mois en centre hospitalier et un mois en milieu communautaire. Donc, c'est une formation qui est beaucoup sur le terrain. À travers ces trois années-là, on a aussi des cours qui sont à distance, par Internet ou par audioconférence. Donc, c'est vraiment une formation qui est complète. Puis, comme on disait, nous, on fait quatre années d'obstétrique normale, donc où on ne fait que ça, donc on est vraiment des spécialistes de la grossesse normale lorsqu'on termine.

Mme Charlebois: Non seulement ça, mais ce que je vois, c'est que vous avez des mises à jour continues dans votre formation. Et, pour poursuivre un peu dans l'idée de M. le ministre qui nous mentionnait que... Évidemment, si vous êtes la première cohorte qui est sortie en 2003, les sages-femmes n'ont pas encore un

ancrage dans toutes les régions du Québec, j'imagine, de un. De deux, est-ce que vous voyez ça comme un but à atteindre justement, de pouvoir élargir...

Mme Gagnon (Raymonde): Bien, tout à fait, parce qu'il y a des demandes dans différentes régions. Il y a plusieurs régions, à l'heure actuelle, où il n'y a pas de sages-femmes et, même dans les régions où il y en a, je veux dire, il y a beaucoup d'endroits où on ne réussit pas finalement à répondre à la demande parce qu'il n'y a pas suffisamment, là encore, de développement, de postes d'ouverts. Et, je veux dire, on souhaite qu'il y ait un développement rapidement qui se fasse, parce qu'il y a à chaque année des étudiantes qui sortent et qui sont des ressources compétentes et qualifiées qui peuvent donner les services aux femmes et aux familles qui les demandent.

Mme Charlebois: Combien y en a-t-il actuellement, à peu près, là, de sages-femmes au Québec?

Mme Gagnon (Raymonde): De sages-femmes? On est 77 sages-femmes, mais il y a toujours un nombre croissant au fur et à mesure.

Mme Demontigny (Sandra): Pour la prochaine année, c'est prévu qu'il y ait 10 nouvelles sages-femmes qui graduent en juin et, pour les quatre prochaines années, il y en a plus d'une soixantaine aussi qui sont prévues. Mais, par contre, comme on disait déjà, c'est clair qu'on a besoin de plus de développement. Il y a une demande qui est très grande au niveau de la population. Dans la région de Montréal, il y a deux maisons de naissance, et puis, pour une femme qui est admise en maison de naissance, il y en a deux qui sont refusées faute de place. Et puis, dans les régions, il y a à peu près 20 % des demandes qui ne peuvent pas être répondues non plus. Puis ça, c'est sans compter qu'il y a plusieurs régions du Québec... Il y a sept maisons de naissance actuellement au Québec. Donc, c'est sans compter qu'il y a plusieurs autres régions du Québec qui ne peuvent pas être desservies en ce moment. Donc, il y a une grande demande de la population puis il y a des effectifs qui sont disponibles aussi pour offrir les services.

Mme Charlebois: Ça va.

Le Président (M. Copeman): Peut-être profiter de votre présence également, mesdames, pour une mise à jour sur la question de la pratique des sages-femmes dans les centres hospitaliers. Je comprends les maisons de naissance et l'importance de développement de maisons de naissance, mais ce n'est qu'une facette. Depuis un certain nombre d'années de la pratique, mon épouse a été assistée par une sage-femme pour la naissance de notre troisième et dernier enfant, à la Maison de naissance Côte-des-Neiges, qui fut une expérience absolument remarquable. Mais parlez-nous de qu'est-ce qui se passe dans les centres hospitaliers. Est-ce qu'il y a des ententes qui se développent?

Mme Gagnon (Raymonde): Oui, c'est un dossier qui avance. Bon. Si vous vous souvenez, l'année dernière, en février, il y avait la première entente qui était

signée entre le CLSC Lac-Saint-Louis et l'hôpital ville LaSalle. Et, dans chacune des régions où exercent actuellement des sages-femmes, il y a des démarches qui sont faites avec les centres hospitaliers de ces régions-là pour pouvoir finalement, lorsqu'on suit une sage-femme... excusez, lorsqu'on suit une femme comme sage-femme et que cette femme-là nous demande de pouvoir accoucher en centre hospitalier, bien de pouvoir finalement avoir accès à l'hôpital. Donc, on est à la veille, là, de voir, prochainement, dans d'autres régions la conclusion de ces ententes-là, et il y a du travail qui se fait partout pour ça. Ça fait que, je veux dire, c'est quelque chose qui est en développement.

Mme Demontigny (Sandra): Parce que... excusez-moi...

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Mme Demontigny (Sandra): Ce qu'il est important de comprendre justement, c'est que, quand on parle, nous, du développement des services sages-femmes, on ne vise justement pas seulement les maisons de naissance. On vise vraiment à accompagner les femmes, peu importe c'est quoi, leur choix de lieu de naissance.

Mme Gagnon (Raymonde): En fait, c'est de pouvoir donner des services à plus de femmes et que les femmes et les familles puissent choisir, à ce moment-là, le lieu de naissance. Donc, c'est pour ça aussi, les sages-femmes sont vraiment intégrées au réseau via les centres de santé, les instances locales, et c'est la même équipe de sages-femmes, à ce moment-là, qui peut suivre les femmes et leur offrir ces différents lieux de naissance là.

Le Président (M. Copeman): Peut-être vous pouvez également nous rafraîchir la mémoire concernant la possibilité d'accouchement à domicile?

• (15 h 40) •

Mme Gagnon (Raymonde): En ce qui concerne l'accouchement à domicile, bon, le règlement sur l'accouchement à domicile, qui a été longuement attendu, a été adopté en mai dernier et rendu effectif à partir de juin. Malheureusement, je veux dire, ce n'est pas quelque chose qu'on peut, à l'heure actuelle, donner comme service, parce que ce qui manque, c'est l'assurance responsabilité. C'est-à-dire que les sages-femmes ont une assurance responsabilité, mais qui ne couvre pas l'activité lors d'un accouchement à domicile. Alors, c'est vraiment un dossier qu'on espère qui va se régler sous peu parce qu'il y a des demandes à ce niveau-là. Les femmes qui choisissent d'accoucher à domicile sont laissées finalement sans ressources, et nous, on sera en mesure de pouvoir les aider dès que ça va pouvoir être réglé. Donc, on compte beaucoup sur le ministère pour pouvoir avoir la couverture d'assurance responsabilité qui est nécessaire.

Le Président (M. Copeman): Et l'obstacle à ce niveau est essentiellement les compagnies d'assurance privées ou...

Mme Gagnon (Raymonde): Bien, en fait, tout ce qui concerne l'assurance responsabilité, c'est négocié

entre le regroupement et le ministère. Le regroupement, c'est l'Association des sages-femmes. C'est le ministère de la Santé qui assure la couverture d'assurance responsabilité via les assurances au niveau des établissements, et c'est à l'intérieur de cette... je veux dire, des compagnies d'assurance qui pourraient assurer, il n'y a pas eu... ce n'était pas prévu, et il y a des démarches qui ont été entreprises pour trouver un assureur qui couvrirait l'activité comme telle.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Mme la présidente-directrice générale, mesdames, je me suis découvert quelque chose en commun avec le président, le député de Notre-Dame-de-Grâce. Alors, moi, le privilège que j'ai eu... c'est que mes deux petits-enfants ont été accouchés à la Maison de naissance de Côte-des-Neiges. Alors, j'ai eu l'extrême plaisir de les voir apparaître, n'est-ce pas. Alors, je peux donc en témoigner. Mais je peux surtout témoigner ici, au Parlement, de l'évolution du dossier. J'ai souvenir d'une commission parlementaire, à l'époque de Marc-Yvan Côté, où nous avions modifié la loi qui prévoyait que l'accouchement était une compétence réservée, exclusive au corps médical, alors que... en fait, je pense que c'était illégal d'accoucher sans un médecin. Ce n'était pas rien, hein, comme déplacement de responsabilité au cours des siècles. Enfin!

Donc, ceci dit, ça m'intéresse beaucoup, l'assurance responsabilité. J'ai eu l'occasion de rencontrer quelques-unes de vos membres au cours de l'automne dernier. Mme Barber, Caroline, qui m'accompagne, et moi avons fait préparer par la Bibliothèque de l'Assemblée nationale une étude comparative de l'assurance responsabilité dans les autres provinces canadiennes à l'égard des sages-femmes. Je ne sais pas si ça intéresse le président, mais on pourrait certainement la faire parvenir au secrétariat de la commission.

Le Président (M. Copeman): La réponse, c'est oui.

Mme Harel: Parce que cette assurance responsabilité personnelle est tellement coûteuse, c'est impossible, hein? Ça peut aller jusqu'à 30 000 \$, hein, par sage-femme, je pense, hein?

Mme Gagnon (Raymonde): Aussi, un fait important que vous venez de mentionner, c'est que, bon, dans les autres provinces canadiennes, les sages-femmes peuvent assister des femmes à domicile, et il y a une couverture d'assurance responsabilité qui existe, et donc, je veux dire, on devrait, au Québec, être capable d'y arriver.

Mme Harel: Oui. Alors, c'est une... comment on dit ça, là, quand on fait une annonce anticipée, là, et j'annonce que nous allons en discuter lors des crédits, alors l'étude sera déjà en circulation. Mais vous savez qu'on a toujours une commission parlementaire pour étudier les crédits budgétaires du ministère, alors certainement que cette question de l'assurance responsabilité à domicile est importante.

En fait, la question, c'est le libre-choix, n'est-ce pas? Et j'ai eu déjà à expliquer au chef de l'opposition de l'époque, qui était M. Parizeau, que ce que les femmes du Québec veulent, c'est le meilleur des deux mondes, c'est-à-dire à la fois la possibilité, en cas de difficulté, d'avoir le meilleur des technologies, mais en même temps cet accompagnement qui ne peut pas être remplacé, qui l'était auparavant par une parente, une cousine, une grand-mère. Mais, voyez, les grands-mères, elles sont là maintenant, elles légifèrent. Alors, c'est beaucoup, ça aussi, c'est l'expertise des sages-femmes qui en même temps est combinée avec l'humanité du geste, du noble geste, je pense, qu'on peut envisager.

Alors, dans votre mémoire, à la page 4, vous parlez justement de cette pratique des sages-femmes qui a une incidence importante, dites-vous, là, sur la durée d'hospitalisation. Est-ce que vous pouvez nous donner des chiffres à cet effet?

Mme Gagnon (Raymonde): Dans l'étude qui avait été faite à l'intérieur des projets pilotes, on avait remarqué qu'il y avait, pour les femmes qui étaient suivies par des sages-femmes, il y avait trois fois moins d'hospitalisation en cours de grossesse. Les taux, c'était 3,3 % pour les femmes suivies avec des sages-femmes versus 10,3 % pour des femmes qui avaient un autre type de suivi. Et c'était pour des femmes qui étaient en bonne santé, là, c'était le même type de population, je veux dire. Donc, il y a quand même... là, on peut voir une réduction quand même importante.

Puis la durée des séjours, aussi, hospitaliers, là, à l'accouchement, bon, on sait que, nous, dans notre façon de pratiquer, on fait le suivi postnatal à domicile, donc les gens restent moins longtemps en maison de naissance, restent moins longtemps à l'hôpital, avec tout ce que ça comporte, il y a une diminution des coûts par rapport au réseau, mais c'est aussi que ça permet aux gens dans leur... On n'est jamais aussi bien que chez nous, dans le fond, hein? Ça fait que ça permet aux gens d'être bien dans leur environnement. Quand ils ont d'autres enfants, il y a une coupure qui est moins importante par rapport au fait que la mère quitte la maison, je veux dire, il y a moins de changement au niveau de la famille. Donc, il y a plusieurs effets finalement positifs par rapport à, entre autres, le séjour, là, la façon dont on assure le suivi postnatal.

Mme Harel: Il faut dire que la connaissance, là, dans l'opinion publique de l'existence des maladies nosocomiales, hein, des maladies qu'on attrape à l'hôpital, là, la connaissance de plus en plus répandue de ces maladies nosocomiales donne de moins en moins — c'est inversement proportionnel — le goût des femmes d'accoucher à l'hôpital. Et j'ai senti, moi, de plus en plus, au cours des derniers mois, là, une demande beaucoup plus importante et grandissante de femmes enceintes d'accoucher dans les maisons de naissance ou d'accoucher à domicile plutôt que d'aller à l'hôpital. Est-ce que ça a à voir, selon vous?

Mme Gagnon (Raymonde): Bien, probablement, effectivement, parce que là les gens se questionnent un peu plus par rapport à un événement de santé, finalement, qui est de donner naissance, par rapport à un

environnement qu'on sait qui peut aussi induire, là, des maladies. C'est sûr que ça doit... Ça penche, je pense, dans la décision des gens par rapport à considérer différents éléments par rapport à la sécurité. C'en est un, celui-là aussi.

Mme Harel: À l'égard de plusieurs autres demandes qui sont transmises dans le cadre des mémoires, d'obtenir un siège au niveau des conseils d'administration des instances locales, je comprends que, dans le cas de l'Ordre des sages-femmes, en fait de la profession des sages-femmes, ça a été de se faire enlever un siège qui existait déjà?

Mme Gagnon (Raymonde): Oui.

Mme Harel: Hein, ce n'est pas juste de demander d'en obtenir un.

Mme Gagnon (Raymonde): Non.

Mme Harel: C'est de récupérer celui que vous aviez ou que vous avez encore...

Mme Gagnon (Raymonde): On accuserait vraiment une perte aussi...

Mme Harel: ...tant que la loi ne sera pas adoptée, hein?

Mme Gagnon (Raymonde): Oui, tout à fait. On accuserait une perte si ce n'était pas ça qui était maintenu.

Mme Harel: Alors, j'étais contente d'entendre les propos du ministre tantôt qui manifestement, là, a exprimé sa faveur à l'égard du maintien de la situation actuelle. Alors, j'imagine que ça se traduira par un amendement qui consistera à ajouter, n'est-ce pas, ou à tout simplement biffer ce qu'on retrouve actuellement pour qu'on retrouve la situation précédente, en fait.

Mme Gagnon (Raymonde): C'est important.

Mme Harel: Évidemment, les mémoires diffèrent passablement les uns des autres, j'avais eu l'occasion de le dire ce matin, parce qu'il y a tellement de choses, finalement: 282 articles, 44 lois modifiées. J'imagine que, si je vous interroge sur le traitement des plaintes, sur la certification des résidences des personnes âgées, vous auriez...

Mme Gagnon (Raymonde): Je vais vous avouer que, par rapport aux personnes âgées, effectivement ce n'est pas vraiment... Dans le court laps de temps qu'on avait pour parcourir le projet de loi, honnêtement on ne s'est pas beaucoup concentrées sur celui-là, pas qu'on n'a pas de préoccupation par rapport à nos aînés, ça, c'est certain.

Le Président (M. Copeman): ...de neuf mois pour faire votre analyse.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Mon collègue me rappelle qu'encore récemment il y a une Roumaine de 66 ans qui a accouché, là.

Mme Gagnon (Raymonde): Comme dit Dominique, je ne suis pas sûre que ça rentre dans nos suivis.

Des voix: Ha, ha, ha!

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

M. Bouchard (Vachon): Peut-être une question pour tenter d'améliorer mes connaissances sur votre statut, votre degré d'autonomie. Lorsque vous recommandez... votre recommandation n° 5, modifier le nouvel article 520.16 de telle sorte à ce qu'on puisse ajouter votre profession à la liste des personnes habilitées à avoir accès à l'information, je n'ai pas entendu de réaction du ministre à cette proposition. Est-ce que vous avez été étonné de ne pas voir votre nom apparaître dans la liste?

Mme Gagnon (Raymonde): Oui.

M. Bouchard (Vachon): Est-ce qu'il y aurait une raison autre que...

• (15 h 50) •

Mme Gagnon (Raymonde): On avait l'impression que c'était un oubli finalement. Parce que, je veux dire, je ne peux pas présumer, là, des intentions du législateur par rapport à la loi, mais, je veux dire, je pense qu'on le sait, on est une profession en émergence, méconnue, et tout ça... Je veux dire, de par notre champ de pratique, on est autorisées à prescrire des examens diagnostiques, des examens de laboratoire. Donc, je veux dire, comme on expliquait tantôt, on est des intervenantes de première ligne, on a à demander des consultations, des transferts. Parmi les femmes qu'on suit, il y en a de plus en plus qui, bon, habitent dans une ville, travaillent dans une autre, qui peuvent avoir, à un moment donné, un problème en cours de grossesse, puis, bon... Si on la suit, par exemple, je ne sais pas, moi, ici, à Québec, puis qu'elle est à Montréal, bien il faudrait que soit le médecin là-bas ou la sage-femme ici, qu'on puisse avoir rapidement accès l'un à l'autre, par exemple, à des examens de laboratoire pour éviter de recommencer les mêmes examens. Et, par rapport à ça, on se disait: Bien, c'est important qu'on soit, nous aussi, un intervenant habilité.

Et puis ce qu'on comprend par rapport à l'accès à l'information, tout ça, bien je pense qu'il va y avoir... Bon, il y a des experts qui viennent vous entretenir, tout ça, et il y a sûrement des mécanismes à regarder pour s'assurer finalement que la confidentialité est respectée, qu'on respecte le droit des usagers. Mais, une fois que, je veux dire, les mesures vont être prises pour bien encadrer ça, et je pense qu'on est dans les années 2000, c'est quand même nécessaire pour favoriser, là, une prise en charge efficace et optimale, qu'il y ait une circulation d'information qui puisse se faire dans un contexte bien encadré... Et, à ce titre-là, nous, comme intervenantes de première ligne, on doit être une intervenante habilitée.

Même quand on regarde... Je veux dire, les ambulanciers, entre autres, pourraient y avoir accès, là. Je veux dire, alors que... Je ne nie pas le besoin que les ambulanciers peuvent en avoir, mais, je veux dire, quand on regarde, en termes de responsabilité professionnelle, notre champ de pratique, tout ça, conséquemment, je veux dire, ça ne peut être qu'un oubli, là.

Une voix: Ça va de soi.

Mme Gagnon (Raymonde): Ça va de soi.

M. Bouchard (Vachon): Merci.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Robert-Baldwin et adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Marsan: Oui. Merci, mesdames. Je voudrais simplement compléter. On m'indique qu'effectivement, en vertu de l'article 520.6, je crois... 16, on parle de la liste des professionnels habilités à consulter les différents registres... eh bien, que le ministre va regarder d'une façon possiblement favorable d'inclure le nom des sages-femmes dans cette liste-là. Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Alors, Mme Gagnon, Mme Porret, Mme Demontigny, Me Zaor, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de l'Ordre des sages-femmes du Québec. Et je suspends les travaux de la commission quelques instants.

(Suspension de la séance à 15 h 52)

(Reprise à 16 h 22)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la Commission des affaires sociales reprend ses travaux avec, en partant, nos excuses aux représentants de l'Ordre des pharmaciens du Québec pour ce léger délai. Il y a toujours des événements dans la vie d'une commission parlementaire, des politiciens, alors c'est des imprévus qui nous arrivent parfois, on s'en excuse.

Alors, M. Julien, M. le président de l'ordre, bonjour. Je sais, vous n'êtes pas à votre première expérience devant une commission parlementaire, mais je vous rappelle les règles de fonctionnement, comme je le fais avec tout le monde. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation, ce sera suivi par un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Je vous prie de présenter les personnes qui vous accompagnent et de débiter votre présentation.

Ordre des pharmaciens du Québec

M. Julien (Jean-Yves): Merci, M. le Président. Alors, je suis accompagné aujourd'hui, à ma droite, de M. Pierre Ducharme, qui est secrétaire général de l'Ordre des pharmaciens; à ma gauche, par Mme Judith Choquette, pharmacienne et qui est membre du bureau

de l'Ordre des pharmaciens; et M. Gerald Lane, membre administrateur externe nommé par l'Office des professions, qui est membre de notre bureau aussi. Alors, on comprend bien les imprévus. Vous comprendrez aussi facilement qu'on est sensibles à ça en pharmacie, on en a eu quelques-uns en cours d'année, alors...

Dans les éléments, M. le Président, M. le ministre, et... D'abord, d'entrée on vous remercie de cette invitation et cette participation. Le projet de loi, pour nous, concrétise les dispositions relatives à l'organisation des services, qui ont été prévues et qui font suite à la loi sur les agences régionales. C'est aussi une entrée de jeu pour la prochaine étape qui va se dérouler devant la commission, avec la politique du médicament. Alors, évidemment, certains de nos commentaires qu'on applique ici, on sait qu'on va devoir en reparler plus loin, alors on le signale immédiatement.

Le projet de loi n° 83 contient un grand nombre d'articles, on l'a vu par les présentations qui ont été faites, qui concernent directement le fonctionnement des structures mises en place l'an dernier. Pour notre part, nous limiterons nos commentaires spécifiques à quatre aspects: le comité régional sur les services pharmaceutiques, la cueillette et la communication de renseignements personnels, les ententes de services et la liste de médicaments.

Alors, on veut rappeler d'abord le contexte. Depuis l'an dernier, le contexte, pour nous, dans les éléments qui nous concernent, a peu changé. Pour bien situer la continuité de notre intervention, rappelons que nous avons évoqué deux éléments de contexte, soit, premièrement, la hausse constante des dépenses de médicaments et services pharmaceutiques et, deuxièmement, le nouveau champ d'exercice des pharmaciens, qui découle de la loi qui a modifié le Code des professions. Ces deux éléments de contexte demeurent très présents, et le premier a cependant évolué récemment, avec le dépôt du projet de politique de médicament, et le deuxième, pour sa part, tout ce qui touche l'interdisciplinarité en collaboration avec les professionnels, évolue très bien, selon notre point de vue.

Le comité régional — le premier point qu'on veut traiter. Dans notre mémoire sur le projet de loi n° 25, nous avons déploré qu'aucune place ne soit prévue pour les pharmaciens au niveau régional. On avait proposé deux solutions pour combler cette lacune. Nous avons été partiellement entendus. En effet, l'article 153 du projet de loi n° 83 prévoit la création d'un comité régional sur les services pharmaceutiques. La création d'un tel comité constitue un pas dans la bonne direction et très important. Nous croyons en effet que la création de cet organisme consultatif influencera très favorablement sur chacun des éléments de contexte dont nous avons fait état plus haut. Nous sommes aussi particulièrement satisfaits de constater que ce comité assurera la représentativité de chacun des groupes de pharmaciens qui exercent leur profession auprès des clientèles de la région, et c'est un principe qui est important pour nous. Pour autant, nous croyons que cette création comporte quelques lacunes qui en limiteront l'efficacité, et on voudrait vous les souligner pour considération avant de terminer les travaux.

Le comité n'a pas le même statut que les autres commissions régionales, c'est évident, et, compte tenu

de l'importance, on suggère de revoir, de reconsidérer ça, parce que pour nous ça lance un message ambigu sur le rôle et la place, l'importance des pharmaciens, mais de tout le débat de pharmacie et de services pharmaceutiques dans l'ensemble du dossier. Rappelons ici que l'utilisation optimale des médicaments constitue l'un des axes majeurs du projet de politique. Ainsi, il importe que les pharmaciens participent au même niveau que les autres intervenants interpellés par cette problématique, d'autant plus qu'ils sont indispensables à l'actualisation des recommandations soutenant cet axe dans la future politique du médicament. Or, le statut proposé s'accompagne de deux dispositions particulières: les pharmaciens ne seront pas représentés au conseil des agences, contrairement aux autres professionnels, et le comité pharmaceutique est placé sous l'autorité du président-directeur général de l'agence, contrairement aux commissions. Cette autorité pourrait s'exercer difficilement, puisque la majorité des pharmaciens exercent en pratique privée dans les régions et, d'autre part, elle pourrait faire dépendre le fonctionnement du comité pharmaceutique de l'intérêt de chacun des présidents-directeurs généraux. Donc, on pense que les obligations du président ne sont pas précisées, pas plus que les ressources affectées à ce comité. Alors, c'est un élément sur lequel je pense qu'on attire votre attention parce qu'il mériterait d'être précisé, sûrement.

D'autre part, la représentation des divers groupes de pharmaciens est prévue, mais de façon peu précise. Pourtant, la composition des commissions professionnelles est soigneusement précisée.

Enfin, si les comités pharmaceutiques ont sensiblement les mêmes fonctions que les commissions régionales, ils n'ont pas, contrairement à ces dernières, à donner leur avis sur les approches novatrices de soins et services. Quand on connaît l'évolution extrêmement rapide de la pharmacothérapie, on ne peut qu'être surpris, penser que c'est un oubli tout simplement, dans le projet, d'assurer cette coordination.

Nous croyons que ces lacunes peuvent être facilement corrigées et nous soumettons quatre recommandations: la première, évidemment, comme je l'ai mentionné, qu'on crée une commission plutôt qu'un comité sur le territoire de chacune des agences. La deuxième, que l'article 153 du projet de loi soit modifié pour accorder à la commission pharmaceutique le mandat de donner son avis sur les approches novatrices de soins et de services pharmaceutiques et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population, et d'accorder à la commission pharmaceutique régionale le mandat de donner son avis sur les ententes de services portant sur les soins et services pharmaceutiques, qui sont possibles en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et services sociaux.

• (16 h 30) •

La troisième recommandation, que l'article 142 du projet de loi n° 83 soit modifié pour inclure au conseil d'administration de chaque agence un représentant de la commission pharmaceutique régionale, si l'appellation est retenue, ou du comité régional, si on garde le statut d'un comité. Et finalement la quatrième recommandation, sous ce titre, que l'article 153 du projet soit modifié pour introduire, à l'article 417.7 proposé, des dispositions qui précisent la composition de la commission pharmaceutique générale.

À cet égard, nous recommandons que, chacun des groupes — c'est mentionné, mais on voudrait qu'il soit bien précis — il y ait au moins un représentant de chacun des groupes qui sont mentionnés: pharmaciens propriétaires, pharmaciens salariés du milieu communautaire, chefs de département et pharmaciens des établissements de santé, et les autres, pour préciser cet aspect-là, pour ne pas le laisser de façon aléatoire, et que, dans les régions universitaires où il y a une faculté de pharmacie, on pourrait penser à ajouter un représentant des facultés de pharmacie, compte tenu de l'importance de la formation, des stages, et autres.

La conservation et la communication des renseignements cliniques, deuxième volet. Une partie significative des dispositions du projet de loi n° 83 est consacrée à la conservation et la communication des renseignements cliniques, ce sujet qui est abordé de différentes façons. Ceci reflète son importance de façon générale mais en particulier en ce qui concerne l'utilisation des médicaments. L'Ordre des pharmaciens recommande depuis longtemps l'application de mesures favorisant la communication de renseignements cliniques, sous réserve évidemment que cette communication respecte les droits des patients à la confidentialité, tienne compte de la responsabilité des pharmaciens à l'égard des renseignements qu'ils recueillent et dont ils ont la garde et ne crée pas d'obstacles administratifs et opérationnels indus. Nous le disions en 1995 d'ailleurs dans un mémoire conjoint à cet effet-là. Donc, on supporte le principe sans réserve.

Plus récemment, soit en 2002, nous avons réaffirmé, dans un mémoire présenté à cette commission, notre appui au partage d'informations ayant pour objectif de favoriser une meilleure qualité et une continuité accrue des soins. Nous appuyions alors notre position sur quelques prémisses que nous résumons rapidement.

Les pharmaciens constatent quotidiennement les risques que comporte l'absence de continuité entre les différents intervenants responsables de soins de santé de leurs patients. Les pharmaciens sont formés pour prodiguer des soins pharmaceutiques, c'est-à-dire pour évaluer le médicament non seulement en fonction de ses paramètres intrinsèques d'efficacité et de sécurité, mais également pour chaque patient en fonction des besoins pharmacothérapeutiques attendus et des résultats réels obtenus. La capacité d'accéder aux informations cliniques pertinentes est essentielle pour rendre les interventions des pharmaciens mieux adaptées au contexte et plus efficaces. À cet égard, nous ne saurions faire mieux que de rappeler que le législateur a récemment modifié le champ d'exercice de la profession en confiant aux pharmaciens le soin d'évaluer et d'assurer l'usage approprié des médicaments, en leur réservant les activités consistant à surveiller la thérapie médicamenteuse et à initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire et aux examens de laboratoire appropriés, c'est-à-dire.

Les pharmaciens sont déjà familiers avec l'utilisation des techniques ou technologies informatiques dans leur pratique. Ils en connaissent bien les avantages, mais aussi les inconvénients, tels le besoin de mise à niveau régulière et le temps requis pour la formation du personnel, la saisie, la standardisation des informations.

Les pharmaciens connaissent le caractère confidentiel des données inscrites dans leurs dossiers. Ils assurent la sécurité de ces données, ils en sont les gardiens et bénéficient de la confiance des patients à cet égard.

Nous croyons donc que le projet de loi n° 83 a raison de se pencher sur cette question, et il y a longtemps que le problème doit trouver une solution. Cette solution doit être bidirectionnelle — on pense que c'est l'intention — et beaucoup d'intervenants profiteront certes d'un accès aux informations contenues dans les dossiers pharmacologiques tenus par les pharmaciens. Par contre les pharmaciens bénéficieront aussi grandement d'un accès à des informations tels l'intention thérapeutique et les résultats d'analyses de biologie médicale. Toute solution doit tenir compte de ces problèmes, et je pense que c'est toutes les réflexions qu'on a lues ou qu'on a entendues aussi, certaines ici, à la commission.

Comme nous le disions en introduction à cette section, le projet de loi contient beaucoup de dispositions sur la communication et la conservation de renseignements cliniques. Ces dispositions sont contenues à divers endroits dans le projet de loi et elles modifient plusieurs lois. Il nous est donc difficile, à ce stade-ci du moins, d'en évaluer à notre satisfaction les impacts sur la qualité des actes professionnels des pharmaciens et la continuité des soins et services pharmaceutiques. Cependant, certaines d'entre elles méritent d'être commentées, et nous précisons certains aspects.

Premièrement, le rôle des instances locales à cet effet. Cet article confie notamment aux instances locales le mandat de créer des conditions favorables à l'accès, et la continuité, et la mise en réseau de services médicaux généraux en portant une attention particulière à l'accessibilité, à l'information clinique, entre autres les résultats d'examens diagnostiques tels ceux de laboratoire, d'imagerie médicale, et les profils médicamenteux, et finalement les dossiers et le résumé de dossier.

Nous comprenons évidemment qu'une instance locale se préoccupe des services médicaux. Cependant, l'instance locale devant mobiliser les divers groupes de professionnels de son territoire, l'article précité devrait aussi stipuler qu'elle doit agir en concertation avec le comité régional sur les services pharmaceutiques lorsque c'est pertinent, puisque les profils médicamenteux sont détenus par les pharmaciens. Par ailleurs, le besoin de continuité évoqué dans cet article devrait également s'appliquer aux services pharmaceutiques en général.

Recommandation donc n° 5: que l'article 41 du projet de loi n° 83, insérant l'article 99.7 à la loi, devrait être modifié pour introduire la concertation avec la commission pharmaceutique régionale, ou le comité régional sur les services pharmaceutiques, si cette appellation est retenue.

Deuxième aspect, le pouvoir réglementaire relatif aux profils d'accès. Par cet article, le législateur accorde au gouvernement un vaste pouvoir de réglementation dans un domaine qui comporte un impact important pour les activités professionnelles. Il est évident en effet que, pour les pharmaciens comme pour tout autre professionnel, l'accès aux informations déterminera, dans une large mesure, la capacité d'intervention clinique.

Nous suggérons donc qu'en ce qui concerne les membres de notre ordre et les personnes oeuvrant sous leur autorité l'ordre professionnel soit consulté dans

l'élaboration de la réglementation avant que ce soit finalisé. Alors: que l'article 168 du projet de loi soit modifié pour rendre obligatoire la consultation de l'ordre professionnel dans le processus de réglementation des normes permettant de déterminer le profil d'accès à une personne visée par l'article 520.16.

Pouvoir réglementaire relatif à l'exception de transmission pour certains renseignements. Nous comprenons qu'en certaines circonstances il puisse être difficile de consigner ou de transmettre une information relative à la délivrance d'un médicament. C'est le cas, par exemple, en situation d'urgence. Ceci doit demeurer exceptionnel, à défaut de quoi le bénéfice de l'accès au profil médicamenteux est considérablement réduit. Nous dirons même que la consignation des informations, en situation d'urgence, est névralgique. Peut-être, sur le moment, on ne peut pas le faire, mais il faudrait le faire peut-être subseqüemment parce que c'est des informations qui ultérieurement peuvent être utiles. Les rapports des coroners font régulièrement état de décès survenus parce que les informations relatives à l'administration des médicaments n'ont pas été consignées ou communiquées adéquatement. C'est une préoccupation, puis on reçoit régulièrement des suggestions des coroners à cet effet-là.

En ce qui concerne les échantillons de médicaments, la délivrance de ces produits n'a cependant aucun caractère d'urgence, et nous ne voyons pas la nécessité de prévoir une exception à leur égard. L'absence d'information sur les échantillons de médicaments peut nuire à la surveillance de la pharmacothérapie par le pharmacien et les médecins impliqués dans le suivi des patients. Elle peut même invalider le résultat d'études de revue d'utilisation des médicaments. Signalons qu'il existe maintenant des systèmes permettant aux médecins d'autoriser la distribution des échantillons de médicaments par l'intermédiaire des pharmaciens, intégrant ainsi ces échantillons aux profils médicamenteux. Alors, il y a des projets pilotes qui ont été discutés sur ces sujets-là, qu'on a approuvés.

Recommandation n° 7: que l'article 168 du projet de loi n° 83 soit modifié pour éliminer l'exemption à l'égard de la délivrance des échantillons de médicaments et limiter au maximum les exemptions dans les autres cas, conditions et circonstances.

Les renseignements recueillis par le prestataire de services de certification. Cet article prévoit la consultation des ordres pour la cueillette des renseignements requis pour l'émission de certificats d'accès ou renseignements cliniques aux membres des ordres professionnels. Nous ne saurions évidemment nous opposer à cette disposition, puisqu'elle se situe dans les fonctions dévolues aux ordres. Notre inquiétude porte sur les modalités de cette cueillette et sur la charge de travail qu'elle représentera, et nous sommes d'avis que les ordres concernés doivent être consultés au moment de la mise en place du mécanisme qui sera relié à ça.

Transmission des informations, des renseignements à l'agence régionale. Vous avez une section sur cet aspect-là. Je vous mentionne simplement la recommandation, ça a été évoqué par d'autres ici, et je pense qu'on peut se limiter à cet aspect-là: reconnaître le pharmacien comme dispensateur de services de santé et, de ce fait, comme intervenant habilité à transmettre des

renseignements et à en recevoir. On pense que c'est le sens du projet. Peut-être qu'on a mal regardé le projet, mais on comprend que, s'il y a lieu, vous jugerez de préciser cet aspect-là.

• (16 h 40) •

Les ententes de services. La loi n° 108 sur les services de santé et services sociaux prévoit déjà qu'un établissement a le pouvoir de conclure des ententes portant sur la prestation et l'échange de services professionnels avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne. L'article 47 prévoit l'ajout d'un paragraphe qui serait le suivant: «L'acquisition, la préparation et la distribution des médicaments.» On n'a pas très bien compris le sens, mais on s'est inquiétés de cet aspect-là. Nous croyons que cet ajout constitue une redondance, parce que, pour nous, les services comprennent les médicaments. Ces activités qui relèvent directement de l'exercice de notre profession sont déjà incluses à l'article 108. Cette proposition nous inquiète et mérite quelques commentaires.

L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer, assurer l'usage approprié des médicaments afin de notamment détecter, prévenir les problèmes de pharmacothérapie, à préparer, à remettre, à conserver des médicaments dans le but de rétablir la santé. L'ajout proposé à l'article 108 pourrait conduire à la délégation de prestation de services pharmaceutiques à des établissements, organismes ou autres personnes. Nous ne croyons pas que ce soit l'intention. Ceci nous amène donc à recommander la suppression de cet ajout et simultanément une modification à la Loi de pharmacie pour éviter toute ambiguïté dans l'avenir. Ces aspects tiennent compte du consensus à l'effet qu'un établissement de santé ne peut pas fonctionner sans la prestation de services pharmaceutiques, de l'évolution du rôle du pharmacien tel que reconnu par le législateur et de la jurisprudence professionnelle qui reconnaît que les services pharmaceutiques doivent être rendus sous la surveillance constante d'un pharmacien.

La modification de l'article 18 de la Loi de pharmacie éliminerait ainsi un anachronisme qui traîne dans les lois depuis plusieurs années, et l'imputabilité des établissements dans la dispensation de médicaments et services — on le pense — passe nécessairement par la présence de pharmaciens. Alors, l'article 18 de la Loi de pharmacie se lit comme suit: «Rien n'interdit non plus l'achat, la préparation, [la vente de médicaments] par un établissement, ni la vente ou la fourniture par lui de médicaments aux personnes qui sont admises ou inscrites auprès de lui.» La modification qu'on propose, c'est d'ajouter: *pourvu que tout service pharmaceutique qui se rend dans tout centre exploité par cet établissement soit sous le contrôle et la surveillance constante d'un pharmacien.* Ce qui serait en cohérence avec toute la jurisprudence professionnelle et qui garantirait qu'on détermine et qu'on a une définition de services qui s'applique dans ce cas-là.

Le Président (M. Copeman): M. Julien, je vous signale qu'il reste moins qu'une minute.

M. Julien (Jean-Yves): J'ai terminé, presque. Le dernier élément: la liste de médicaments. Le point qu'on soulève ici — on sait qu'on va en reparler, M. le

Président, au moment de l'étude de la politique du médicament, mais on ne voulait pas passer cette opportunité, parce qu'il y a des liens à faire, et on s'est dit — peut-être qu'il y a un petit ajustement à faire dans la loi tout de suite pour créer le contexte favorable aux arguments qu'on présentera au niveau de la politique du médicament. Particulièrement, les médicaments d'exception, on pense que les critères devraient être les mêmes, qu'on soit en établissement ou à l'extérieur, on l'a déjà souligné. Alors, ça termine la présentation, M. le Président. Merci.

Le Président (M. Copeman): Je vous remercie, M. Julien. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Julien, M. Ducharme, Mme Choquette, M. Lane, pour votre visite. Je commencerais d'abord par la discussion sur le comité régional pharmaceutique, que, je crois, vous accueillez favorablement. Bien sûr, vous voudriez le bonifier au niveau d'une commission comme la commission médicale régionale ou la commission infirmière. Il s'agit cependant d'un premier pas. Je pense qu'on doit saluer l'avènement de l'organisation des services pharmaceutiques dans le réseau de la santé et des services sociaux de façon réelle et concrète et je pense que, dans ce sens-là, il s'agit d'un pas, là, important, je crois, pour votre profession puis pour le système de santé en général.

Pouvez-vous nous donner des exemples de genres d'approches, là, novatrices ou des idées que ce comité régional pourrait apporter et puis qui auraient un impact très direct sur les soins ou l'organisation des services pour les citoyens? Et également, le mandat par rapport au Conseil du médicament, comment est-ce que vous voyez la frontière... ou est-ce qu'il y a une zone de chevauchement entre le Conseil du médicament puis les comités régionaux pharmaceutiques?

M. Julien (Jean-Yves): Non, vis-à-vis du Conseil du médicament, certainement pas pour cet aspect-là, je n'en vois pas. Mais, pour l'aspect des approches novatrices, on peut penser... Il vient d'y avoir un rapport, par exemple, où on parlait d'oncologie à domicile. Comment on va faire ça, par rapport aux médicaments? De quelle nature? Quelle protection? Quel système? Ce sont des éléments qui sont novateurs. La thérapie est connue, mais le contexte de dispensation des services pourrait être novateur, si on déplace ça vers le domicile, ça va impliquer les pharmaciens, ça les implique déjà. Donc, c'est un exemple.

M. Couillard: Et puis le rapprochement entre le pharmacien d'établissement puis le pharmacien qu'on appelle communautaire, ou le pharmacien d'officine, ou le pharmacien en pratique privée, je sais qu'il y a eu des projets pilotes. Comme à Rivière-du-Loup, je me souviens d'avoir lu dans un journal, là, puis avec beaucoup d'intérêt, qu'à Rivière-du-Loup on avait innové avec une sorte de lien entre les pharmaciens de la région puis le pharmacien d'établissement. Pourriez-vous nous expliquer comment est-ce qu'on pourrait étendre ça à la grandeur du territoire, avec l'aide d'un comité régional?

M. Julien (Jean-Yves): Bon. Je pense que je peux vous donner cet exemple-là, Rivière-du-Loup est un excellent exemple, où on a mis un pharmacien de liaison pour assurer le transfert, qu'au moment où on a des transferts de clientèles, on a des thérapies qui sont des thérapies... par exemple, des perfusions intraveineuses, l'antibiothérapie à domicile ou d'autres types de thérapies qui se font à l'externe, il y a besoin d'y avoir une continuité, de s'assurer de ces aspects-là et, au moment du transfert, donner toute l'information, préparer le service à l'extérieur pour s'assurer que le médicament soit disponible — des fois il y a des délais. Donc ça, c'est un élément important.

Je vais vous donner un exemple qui est historique. Au moment où on a fait le transfert de l'assurance médicaments, l'implantation du régime d'assurance médicaments, en 1997, j'étais personnellement responsable des services dans la région Chaudière-Appalaches, et on a créé un comité, qui ressemble à ce qu'on a là, impliquant des pharmaciens communautaires et des pharmaciens du secteur hospitalier, on les a mis ensemble et on a préparé la transition pour le 1^{er} janvier, et ça a fonctionné en 1997. Il y a des éléments techniques, il y a des éléments d'organisation de services pour des médicaments plus complexes et il y a des éléments d'échange d'information pour la continuité, et, l'exemple de Rivière-du-Loup, c'est dans ce sens-là que les gens travaillent.

M. Couillard: La question de l'article 108 du projet de loi versus l'article 18 de votre loi constitutive, la Loi sur la pharmacie, je comprends l'objectif visé, puis on a le même, c'est-à-dire qu'on veut s'assurer que la distribution, l'entretien des médicaments ne se fait pas sans contrôle professionnel et nommément sans le contrôle professionnel d'un pharmacien ou d'une pharmacienne. Maintenant, si le résultat est équivalent, faut-il vraiment aller modifier une autre loi? On nous dit déjà qu'on en modifie beaucoup dans le paysage actuel. Donnez-moi un argument pour dire que, donnant, donnant, il faut quand même aller modifier une loi plutôt que de le faire dans ce projet de loi ci.

M. Julien (Jean-Yves): Bien, écoutez, l'argumentation, je vais la baser sur mon expérience personnelle dans différents secteurs à ce niveau-là d'abord comme pharmacien, parce que, quand on en discute comme pharmacien... moi, j'ai eu, comme pharmacien, à m'objecter à mon directeur général à l'époque, où il voulait me forcer à vendre des médicaments à des foyers sans que je produise les services qui allaient avec. J'ai toujours objecté contre ça. Quand j'ai été responsable d'approvisionnement en commun dans la région de Québec, j'avais des gens qui voulaient... et on a encore ces problèmes-là d'organisations publiques qui achètent des médicaments, qui autorisent la négociation, dans le secteur public, pour des gens qui n'ont pas le droit d'en acheter, puis je me suis opposé à ça.

Quand j'ai été à la régie régionale comme responsable des services, on avait des discussions: Est-ce que les médicaments, ça relève des finances, à la régie régionale, ou si ça relève des services cliniques?, et mon point, c'est que d'abord ça relève de services cliniques. Dans cette optique-là, je me suis battu pour ça. Et, comme directeur, comme président de l'ordre, bien j'ai

l'opportunité aujourd'hui, et, en introduisant cette modification-là qui me posait des questions, on a saisi l'opportunité de venir préciser et de vous dire: Modifications une loi de plus, il y en a 44, mais n'oublions pas que le dossier de médicaments et services pharmaceutiques, c'est un dossier qui est dans l'oeil du public, à tous les niveaux, c'est 3,5 milliards de médicaments qui sont transigés, et il doit être contrôlé. C'est 1,5 milliard de services, et, dans ce sens-là, je pense qu'on ne peut plus laisser la porte ouverte à une disposition qui va permettre que des gens vont acheter des médicaments.

Je vous donne deux exemples concrets. On a autorisé les sages-femmes — bravo, je suis d'accord avec ça — on a autorisé les ambulanciers à avoir des médicaments, mais on n'a pas prévu, dans le Code des professions, comment ils s'approvisionneraient en médicaments. Et, si on met «continuité des services», on va permettre de faire le lien et fermer cet aspect-là, où on n'aura pas seulement un produit qui va être discuté, mais le service qui va avec.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Robert-Baldwin et adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Marsan: Merci, M. le Président, et merci à vous, M. Julien, M. Ducharme, Mme Choquette, M. Provost, et toute l'équipe qui vous accompagne. Vous avez fait allusion d'entrée de jeu à la politique du médicament et, également dans votre conclusion, à un certain nombre de recommandations. Je pense qu'en tout cas on peut prendre pour acquis que le fond de scène, c'est aussi la politique sur le médicament.

● (16 h 50) ●

Alors, ma première question, c'est sur votre dernière recommandation. Vous nous suggérez que les articles 116 à 118 de la Loi sur les services de santé soient modifiés de deux façons, et la première, c'est d'assurer la cohérence entre les modalités d'accès aux médicaments en établissement de santé et en services ambulatoires. Alors, comment vous voyez cette façon d'assurer la cohérence? Qu'est-ce que vous souhaiteriez voir dans le projet de loi pour qu'on puisse atteindre cet objectif-là qu'on poursuit tous ensemble?

M. Julien (Jean-Yves): Bien, je pense que, dans la partie des médicaments d'exception, c'est qu'on applique les critères de façon uniforme, parce que, quand le patient... Moi, quand je suis devant un client qui vient me voir à la pharmacie et puis que je lui explique que je ne peux pas lui donner, pour telle raison, telle raison, telle raison, un médicament, parce qu'il y a des critères, puis il ne sera pas remboursé, puis que là il me dit: Oui, mais je suis allé à l'hôpital puis je l'ai eu, il faut qu'il y ait une cohérence. Je ne suis pas capable d'expliquer ça, moi, si on ne le corrige pas.

Parce qu'on ne peut pas laisser deux volets, là... Ça fait longtemps que cette question-là est sur place. J'étais dans un établissement, je vais vous donner un exemple très anodin, quand ces changements-là ont été faits: les laxatifs. Une bonne journée, on dit: Oups! les laxatifs, ce n'est plus contrôlé, c'est exception, on les sort de la liste. Mais on continue à en donner dans un établissement. Alors, il faut qu'il y ait cette cohérence-là

et le support. S'il y a un organisme qui s'assure que, les médicaments d'exception, on a des critères puis on les fait appliquer, je pense qu'on devrait s'assurer qu'à l'intérieur des établissements on suit les mêmes critères.

M. Marsan: Je voulais juste être sûr que je vous comprends bien, parce que les médicaments en établissement vont être gratuits pour les patients qui vont être hospitalisés, alors qu'à l'extérieur ils doivent payer. Est-ce que vous recommandez que les patients en établissement paient le même prix que les patients qui vont être servis en externe? Ce n'est pas tout à fait ça, là?

M. Julien (Jean-Yves): Non, non, non, ce n'est pas la question, ce n'est pas relié au paiement, du tout, là. C'est relié aux critères d'utilisation. Si un médicament n'est pas autorisé à un patient quand il sort à l'extérieur, qu'il arrive à la pharmacie, puis il l'a obtenu, soit qu'il a eu un échantillon soit qu'il a été prescrit à l'hôpital... Mais il l'a obtenu pendant trois jours, et la famille s'en vient à la pharmacie, me demande le médicament, et moi, je leur dis: Bien, là, non, ce n'est plus couvert par le régime — «oui, mais je l'avais à l'hôpital» — alors il faut corriger cet élément-là. C'est dans ce sens-là. Ce n'est pas le remboursement. Ça n'a pas lien au prix des médicaments. C'est la logique des critères de médicaments d'exception. Si on dit: Tel produit n'est pas couvert dans le régime général d'assurance médicaments, puis qu'on l'autorise à l'hôpital, comment... On fait de la publicité sur le produit, puis là, après ça, on dit: Wo! on est obligé de dire au patient: ce n'est plus couvert, on a tous l'air un petit peu drôle, là-dedans.

M. Marsan: Je vous remercie. Vous semblez, sur un autre ordre d'idées, vous semblez d'accord avec les propositions du projet de loi, là, concernant l'informatisation et la circulation de l'information clinique. Vous recommandez de prévoir dans le projet peut-être la possibilité de consulter votre ordre professionnel. C'est surtout en ce qui a trait à la réglementation qui vise à déterminer les profils d'accès aux renseignements cliniques. C'est ce que vous nous dites. Bon. En supposant qu'on accepte cette recommandation-là vous pouvez penser qu'il y aurait aussi d'autres ordres professionnels qui pourraient nous demander cette même... pas «avantage», mais cette même réglementation, en tout cas, et, à ce moment-là, il n'y aurait pas une difficulté, là, d'atteindre les objectifs qui sont quand même prévus par la loi ou...

M. Julien (Jean-Yves): Non. Écoutez, on a un appui sans réserve à ces éléments-là. Les commentaires qu'on a faits, c'est qu'il y a des préoccupations qui touchent les volets administratifs et certains aspects. Mais ce n'est pas de consulter en particulier l'Ordre des pharmaciens. Le sens est: s'il y a un besoin de consulter les ordres. C'est dans ce sens-là. Et peut-être M. Ducharme, qui a travaillé plus sur cet aspect-là, pourrait commenter sur ce point.

M. Ducharme (Pierre): Oui, merci. Nous siégeons déjà sur deux comités en fait: un comité sur les ressources informationnelles, qui a commencé à siéger

avant les Fêtes, et un autre, qui doit commencer bientôt, sur le dossier interopérable. Donc, il y a déjà une consultation qui se fait, je pense, des principaux ordres du domaine de la santé, qui siègent aussi, et des associations professionnelles. Donc, c'est à ce genre de consultation là qu'on pensait utiliser des mécanismes qui sont déjà constitués pour consulter les gens et s'assurer qu'on tient la route tout le long.

M. Marsan: Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, M. le président Julien, les personnes qui vous accompagnent, bienvenue de la part de l'opposition officielle. Je tentais d'avoir copie du mémoire de l'Association des hôpitaux du Québec, présenté hier, avec lesquels on a pu échanger sur la recommandation justement concernant le comité régional sur les services pharmaceutiques. Vous savez sans doute que vous avez l'appui de l'Association des hôpitaux du Québec, hein? Vous dites dans votre mémoire: C'est un pas dans la bonne direction. Mais vous constatez cependant que vous n'avez pas l'égalité de traitement des autres professionnels. Et, comme l'approche de plus en plus est multidisciplinaire, je pense que la question qui est en filigrane, c'est: Pourquoi sommes-nous traités autrement? Surtout dans les propositions que vous faites à l'égard des comités pharmaceutiques, en fait comités régionaux sur les services pharmaceutiques. Alors, est-ce que vous considérez avoir eu une réponse à cette question, à savoir: Pourquoi êtes-vous traités autrement?

M. Julien (Jean-Yves): Non, là, bien on n'a pas eu la réponse... On n'a pas posé la question spécifique, ça fait qu'on n'a pas eu de réponse à cet effet-là. Est-ce qu'on est traités autrement? Je pense que d'abord on supporte l'idée, c'est un pas, comme M. le ministre l'a mentionné. Mais la question, ce n'est pas seulement de singulariser pour les pharmaciens, ce n'est pas faire une demande pour les pharmaciens. Notre compréhension et notre objectif là-dedans, c'est de s'assurer de la cohérence avec l'ensemble. Je le répète: le dossier, on parle de 6 000 professionnels à intégrer, dont 70 % sont dans le milieu communautaire, et il faut trouver une façon. On parle de 5 milliards au total, public, privé, dont le législateur doit se préoccuper, c'est l'ensemble des services.

Donc, est-ce que le citoyen à qui on garantit des services pharmaceutiques va avoir le même type de représentativité par l'intermédiaire des pharmaciens, qui doivent siéger à certains endroits comme les autres? C'est cette façon-là, c'est ça qu'on vous suggère de ré-examiner ici. Ce n'est pas de le dire pour faire un cadeau aux pharmaciens, ce n'est pas ça, notre intention. C'est de regarder, dans la structure, la place qui doit être... et on est bien conscients, j'étais présent hier puis j'ai entendu des gens: tout le monde demande d'être partout. Bon. Mais, dans ça, il faut justifier et revoir les éléments qui sont importants, et c'est dans ce sens-là. Ça fait que c'est un pas, mais on a un petit bout encore peut-être à faire, qui sera cohérent avec la politique du médicament.

Mme Harel: Vous avez peut-être pu constater que, moi, j'aurais bien besoin d'un pharmacien!

À la page 6, là, de votre mémoire, je le disais tantôt, vous déclarez que c'est un pas dans la bonne direction, que cependant les lacunes sont à l'effet que le comité n'a pas le même statut que la commission médicale régionale et que la commission infirmière régionale. En fait, vous invoquez aussi, avec raison, le caractère de la commission multidisciplinaire régionale, alors, et vous dites: Ça lance un message ambigu sur le rôle et la place des pharmaciens dans le mode d'organisation de services. Pour vous, le pas dans la bonne direction, il est satisfaisant, à ce moment-ci, là, quitte à évoluer dans le temps, ou il devrait tout de suite être modifié?

M. Julien (Jean-Yves): Bien, écoutez, si on avait à choisir, on l'a dit, il devrait être modifié. Il est très significatif, par contre, le pas qui est fait. Mais, si on avait à choisir, on le modifierait immédiatement, c'est notre suggestion, parce que c'est cet aspect d'importance. Hier matin, j'étais ici, mais le Dr Lamontagne a présenté, on l'a déjà fait, et il l'avait dit en d'autres mots: Essayons-donc de faire, dans ça, pour que ça marche sans les pharmaciens, les infirmières et les médecins. Dans le fond, c'est un petit peu ça, en d'autres mots, qu'on dit. Alors là, l'élément de le mettre dans une section à part, c'est de cette façon-là qu'on le souligne. Mais, encore une fois, un pas extrêmement important, et des outils, et un message important qui doit être complété par un mandat aux agences régionales.

Mme Harel: Je vous disais donc tantôt que, dans le mémoire de l'Association des hôpitaux du Québec, on retrouvait cette recommandation de l'AHQ que le comité régional sur les services pharmaceutiques soit également composé d'un médecin omnipraticien — je ne sais pas si vous avez vu cette recommandation? — et d'un médecin spécialiste. Alors, l'AHQ dit ceci: «Considérant que l'article [...] du projet de loi n° 83 confère au Comité régional sur les services pharmaceutiques la responsabilité de donner des avis sur l'accessibilité des services pharmaceutiques et sur les projets quant à l'utilisation des [médecins], l'AHQ suggère que le comité soit également composé d'un médecin omnipraticien et d'un médecin spécialiste qui, selon nos lois professionnelles, demeurent responsables de l'acte qui consiste à prescrire un médicament.» Alors, je ne sais pas si... Aviez-vous pris connaissance?

M. Julien (Jean-Yves): Je n'ai pas lu le texte, mais vous m'en dites suffisamment pour que je donne une réaction à ça, Mme la représentante de l'opposition.

Mme Harel: Oui, c'est ce que je souhaite.

• (17 heures) •

M. Julien (Jean-Yves): Dans cet élément-là, nous, on a fait, sur la loi n° 25, des propositions claires où on avait présenté deux options, dont de créer une commission médicale, pharmaceutique et dentaire régionale, et cette solution-là n'a pas été retenue. Et on propose une instance pharmaceutique régionale et on supporte cet aspect-là, parce qu'il y a des questions tout à fait spécifiques dans le domaine de la pharmacie qui méritent une instance de pharmaciens. Et c'est ce genre d'attitude

là... Je ne voudrais pas reprendre, il peut y avoir une divergence d'opinions, mais il faut voir que les pharmaciens se sont singularisés dans le réseau à plusieurs reprises. Par exemple, on a une association de pharmaciens d'établissement, qui n'est pas fusionnée avec les autres. Quand on a, les pharmaciens d'hôpitaux, été nommés au Conseil des médecins et qu'on a proposé des chefs de département de pharmacie qui seraient nommés pour quatre ans seulement, ça a été tout un débat, et ce sont les gestionnaires qui se sont opposés à ça. Heureusement, il y a quelqu'un qui est revenu plus tard puis qui a dit: Même les D.G., ils devront avoir des postes renouvelables. Alors, les pharmaciens ont marqué le pas. Et, dans ça, on pose un geste actuellement, et je pense que là, compte tenu de nos positions avec la loi n° 25, compte tenu des propositions ici, on pense qu'une instance de pharmaciens est justifiée, de façon extrêmement importante, et on ne voudrait pas la diluer par d'autres choses.

Mme Harel: Je vous remercie. J'aimerais revenir sur votre perception de la modification introduite dans le projet de loi n° 83, à l'article 108. Alors, l'article 108 du projet de loi ajoute, comme vous le mentionnez, «l'acquisition, la préparation et la distribution de médicaments», et ça dit donc: «Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes».

Moi, j'ai peut-être tort, là, dans l'interprétation que j'en fais, mais je pensais que c'était pour qu'il y ait entente entre peut-être un centre local, là, qu'on appelle instance locale ou centre de santé et services sociaux, là, avec peut-être l'économie sociale pour le maintien à domicile, ou avec une agence privée, pour que le maintien à domicile se fasse de telle manière que la personne qui va à domicile, qui n'est pas nécessairement professionnelle, qui va être de plus en plus appelée, à cause de la politique du ministère, nouvelle, là, à donner des soins personnels, pas des soins professionnels mais des soins personnels... Auparavant, elle ne donnait que du — comment... — des soins domestiques, des soins d'entretien, si vous voulez, du milieu et non pas de la personne. De plus en plus, ça va être les soins personnels, et là, à ce moment-là, elle lui donnerait les médicaments. Je ne le sais pas. Si ce n'est pas l'interprétation qu'il faut donner, là, il faudrait qu'on puisse le clarifier maintenant. Parce qu'à domicile de plus en plus les personnes vont présenter des problèmes cognitifs importants, et donc les services à domicile qui vont leur être dispensés vont peut-être inclure également l'acquisition, pour la personne qui a des problèmes cognitifs, la préparation et la distribution des médicaments. Alors, vous, vous le voyez comme ça aussi?

M. Julien (Jean-Yves): Bien, vous savez que c'est une partie. Mais ce qu'on voit, c'est qu'on ne veut pas que ce soit le médicament. Le médicament et la Loi de pharmacie, là, c'est des médicaments et services. Donc, la loi actuelle, avec les deux alinéas de l'article 108, permet de couvrir ces aspects-là.

Mme Harel: Mais les médicaments... Mais le pharmacien, il ne va pas aller à domicile.

M. Julien (Jean-Yves): Écoutez, si on en a besoin à domicile, on les enverra à domicile. C'est ça qu'on fait, on réforme pour changer, on a un comité pour travailler sur les ressources. Les soins à domicile, si c'est un intervenant qui va à domicile, il peut aller à la pharmacie, il peut l'obtenir à l'hôpital, il n'y a pas de problème. Mais il faut que la continuité de services pharmaceutiques et médicaments... Le médicament doit être dispensé sous la responsabilité d'un pharmacien. En intégrant cet élément-là, ce que j'ai crainte que ce qu'il se passe, c'est qu'on donne les médicaments sans qu'on ait les services pharmaceutiques qui supervisent ces aspects-là. Et on peut penser à d'autres choses. Je n'ai pas... je ne le sais pas, l'intention, mais on pourrait l'expliquer. Mais on peut penser à d'autres choses. On a actuellement... Je vais vous donner des exemples de contrats qui ne sont pas tout à fait corrects, qui se font à l'extérieur, où on fait préparer des médicaments en quantité, à l'extérieur, par des établissements et sans que ce soit encadré.

Mme Harel: Qu'est-ce que vous entendez par le mot «extérieur»?

M. Julien (Jean-Yves): Par exemple, à Toronto. C'est-u assez extérieur?

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Charest (Rimouski): On est d'accord avec vous.

Le Président (M. Copeman): Pas trop.

Mme Harel: Mais ce sont des établissements...

M. Julien (Jean-Yves): Des établissements, oui.

Mme Harel: ...des établissements du réseau, là?

M. Julien (Jean-Yves): Comme je vous dis, là, j'ai fait une réaction là-dessus, parce que, nous, on a... Médicaments et services, c'est lié. Et, quand j'ai vu apparaître ça, là il m'est passé 30 années de carrière, à quatre niveaux de responsabilités différentes, où j'ai toujours eu à me battre pour du monde qui veulent avoir des médicaments sans avoir mes services. Moi, quand quelqu'un vient à la pharmacie, je ne vends pas de médicaments, je vends des services pharmaceutiques qui comprennent les médicaments. Sur Internet, par exemple... Notre premier ministre, il est allé à Genève... à Davos, l'année passée, puis il a expliqué aux Américains que, si on pouvait marcher ici puis empêcher de vendre des médicaments par Internet, c'est parce qu'on avait une bonne Loi de pharmacie. Puis là, c'est ça qu'on dit: Non, mettre la concordance de ça pour empêcher. On ne vend pas des médicaments par Internet... on vend des prescriptions, c'est un médicament plus un service. Et ça, je pense, cette notion-là, je la répète tout le temps, elle est très importante. Donc, c'est ça qu'il faut... qui m'a préoccupé quand j'ai vu la notion, et j'ai besoin... et on ne voulait pas le laisser passer sans profiter de cette tribune pour préciser.

D'autre part, dans les établissements de santé, n'oubliez pas qu'on est en pénurie, qu'il est facile de laisser un établissement de santé, un centre d'hébergement sans pharmacien. Et, si on laisse des éléments de même, on va avoir des gens qui vont faire comme quand j'étais à l'hôpital, on me demandait un médicament, puis, quand je leur disais: Bien, vous allez aussi... il y a des services avec ça, on me disait: Non, non, non, on n'a pas besoin de ça, on veut juste les médicaments. Et ça, je pense qu'on doit fermer la porte à ça de façon absolue. Et, moi, je voyais une ouverture à ça, et ça m'a inquiété.

Mme Harel: Alors, je pense que c'est important, c'est très, très important de connaître les intentions réelles, parce que j'ai dernièrement rencontré des préposées dans une résidence d'hébergement pour personnes âgées, en résidence privée, qui ont été congédiées parce qu'elles avaient remis en question le fait que c'était la cuisinière qui distribuait les médicaments à des personnes. Il y avait 19 personnes, je pense, au total qui étaient hébergées, mais très, très âgées, en perte d'autonomie. Et la personne en question, elle allait acheter les médicaments, puis elle les préparait, puis elle les distribuait, puis des fois elle se trompait. Mais j'imagine qu'il doit y avoir nécessité de formaliser ça, dans le maintien à domicile, aussi en particulier, mais comment?

M. Julien (Jean-Yves): Absolument. On a un guide, nous, à l'Ordre des pharmaciens, sur cet aspect-là. Et, quand on dit que c'est un pas très significatif d'avoir une instance de pharmaciens avec le mandat qu'on lui reconnaît, elle va permettre de travailler sur ces éléments-là. Un pharmacien qui signe une entente de services avec une résidence pour personnes âgées indépendante, il doit lui offrir... C'est une entente de services. On ne veut pas d'entente de vente de médicaments, on veut des services et des médicaments pour permettre une supervision. Il y a toutes sortes d'interprétations là-dessus, il y a de la jurisprudence sur des règles de travail pour dire: Reconnaître le rôle, mais ça ne veut pas dire que les gens n'ont pas le droit de ne rien faire. Au contraire, c'est de les supporter pour que ça se fasse dans un encadrement correct.

On parlait des résidences clandestines aujourd'hui. Bien, dans les résidences clandestines, il y a des services pharmaceutiques, il y a des médicaments. Il faut s'assurer que quelqu'un qui fournit le médicament ne fait pas juste donner la pilule, il s'assure que les personnes qui vont le faire vont le distribuer dans des conditions adéquates. C'est cet aspect-là qui nous préoccupe. Et le comité va permettre de regarder tous ces aspects-là. C'est ça, l'importance de ce comité. Et, dans ce sens-là, on a dit: C'est un pas, mais c'est un... On peut dire que c'est un grand pas dans la bonne direction.

Mme Harel: On me fait valoir, là, que mon temps imparti est écoulé. Mais il serait peut-être utile que, d'ici à l'étude article par article du projet de loi, ça puisse être clarifié, entre l'ordre et le ministère, pour savoir exactement qu'est-ce qu'on vise, là, par cet amendement.

M. Julien (Jean-Yves): En ce qui nous concerne, on offre toute notre disponibilité pour cet aspect-là.

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Copeman): M. Julien, M. Ducharme, Mme Choquette, M. Lane, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Et j'invite les représentantes du prochain groupe, la Centrale des syndicats du Québec, à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Bouchard, Vachon): À l'ordre, s'il vous plaît! La commission poursuit ses travaux. Nous accueillons les représentantes de la Centrale des syndicats du Québec. Mme Louise Chabot, première vice-présidente, et Mme Hélène Le Brun, conseillère, bienvenue à cette commission. Vous connaissez les règles du jeu: 20 minutes pour nous présenter l'essentiel de votre mémoire, et ensuite deux blocs de discussion.

● (17 h 10) ●

Mais je veux souligner en passant que nous apprécions votre présence dans les circonstances. Nous avons appris la disparition de votre collègue, Mme Fitz-Back, et nous vous transmettons notre sympathie. Mme Fitz-Back a été fondatrice et animatrice passionnée du réseau des établissements verts Brundtland, supporté par la CSQ. Alors, chapeau à votre compagne et camarade.

Mme Chabot (Louise): Merci beaucoup.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, la parole est à vous.

Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Mme Chabot (Louise): Je suis habituée de tirer les micros. Ce n'est pas utile, hein? On ne connaît pas encore toutes les règles.

Bien, d'abord, bonjour. Merci de nous recevoir à cette importante commission parlementaire. D'entrée de jeu, je vous dirais très honnêtement que nous avons manqué de temps, nous avons manqué de temps, de façon assez importante, pour analyser l'ensemble des modifications qui nous étaient proposées par le projet de loi n° 83.

Pour nous, le projet de loi n° 83, c'est plus qu'une simple harmonisation du projet de loi n° 25 qui a été adopté en décembre dernier, c'est bien plus que ça. À notre avis, ce projet-là, depuis le début des années quatre-vingt-dix, au moment où on a réformé notre régime de soins et de services de santé, c'est les plus importantes modifications qui y sont présentées, puis pas tellement en termes de quantité d'articles, mais on est vraiment sur le fond d'une nouvelle organisation de soins et de services au Québec, pour plusieurs années, et ça aurait mérité à notre avis qu'on donne du temps pour les débats. Je pense qu'une réforme de cette ampleur-là qui va venir, tant pour les citoyens que pour les professionnels du réseau, changer radicalement la façon de donner les services dans la prestation aurait mérité qu'on ne le fasse pas dans la précipitation et qu'on donne un véritable temps de débat.

Si je fais une analogie avec un autre dossier qui fait maintenant plus de 10 ans — le ministre, à juste

titre, hier, appelait à la transparence démocratique — bien, je pense que, pour un sujet de cet ampleur-là pour l'organisation de nos services, la précipitation dans le dossier, de le traiter en quelques semaines, je pense qu'il nous apparaît... on ne demande pas autant de temps que l'autre, là, on s'entend, mais minimalement je pense que ça aurait mérité qu'on ait pu avoir ce temps-là, ou le distinguer en deux, comme on l'a demandé, toute la partie de l'organisation des soins et des services. Mais il y a un autre chapitre qui n'était pas attendu du tout dans ce projet de loi là, c'est tout le chapitre sur l'informatisation du dossier patient. Alors, on y reviendra un peu dans les commentaires, mais je pense qu'en soi c'est en lien avec le réseautage, ce n'est pas quelque chose de parallèle, et ça aurait mérité effectivement une consultation publique, et des débats, et des échanges, dans les régions, beaucoup plus larges.

Donc, vous comprendrez qu'on s'est arrêté sur ce qui est essentiel. Il y a sûrement des parties de ce projet de loi là qu'on n'a pas eu le temps de traiter; d'autres effectivement où on a vu qu'il y a eu des... comme le traitement des plaintes ou d'autres questions, comme les résidences privées, bon, on s'est moins attardé, pas parce qu'il n'y a pas de problèmes, mais on n'avait vraiment pas le temps de... où il y a des choses qui sont correctes aussi, on n'a vraiment pas eu le temps de tout faire ça, donc on va aller à l'essentiel de notre analyse.

En ce qui concerne la gouvernance locale et régionale, bien ce qu'on a voulu illustrer, c'est le nouveau partage de responsabilités maintenant entre le ministère, entre les agences de développement et entre les réseaux locaux. Au niveau des agences de développement, vous savez qu'auparavant les régies régionales avaient le mandat de développer à partir d'orientations ministérielles des plans d'action triennaux sur une base régionale qui faisait appel à une grande consultation, où on devait identifier sur une base régionale les principaux besoins en termes d'organisation de services. Maintenant, on remplace ça par des stratégies pluriannuelles qui doivent respecter des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience, reconnues et élaborées par le ministre. Là on a plus de questions que de réponses, au sens que les standards dont on parle ne sont pas définis. Donc, pour nous, c'est très nébuleux. Est-ce que c'est par réglementation? Sur quels critères vont être définis ces standards-là, qui ont quand même de l'importance? Ça nous semble être plutôt une carte blanche législative.

On essaie aussi de voir le rôle du futur commissaire à la santé, qu'il va jouer, en termes des contrats de gouvernance qu'on confie maintenant à d'autres paliers. On n'a pas les réponses. Donc, lorsqu'on a dit, lors du projet de loi n° 25, que de confier aux agences de développement seulement un rôle de coordination ou de répartition d'enveloppes budgétaires, on avait des craintes, puis, avec la mission qui est confiée aux agences de développement, nos craintes demeurent.

Toutefois, nos craintes demeurent, aussi, plus que des craintes. Je pense qu'en confiant maintenant l'exclusivité de la responsabilité de la planification puis de l'organisation de l'offre de services au niveau des réseaux, pour nous, il va en résulter des disparités qui peuvent être importantes. On s'inquiète moins de la gamme de services qui pourraient être offerts. Mais on sait maintenant qu'il y aura des réseaux, plusieurs

réseaux selon les territoires, mais on s'inquiète surtout du niveau d'intensité et de qualité qui va être offert au niveau des services, parce qu'on sait maintenant que les nouveaux auront le mandat... ayant l'exclusivité d'organiser les soins et les services dans le réseau, ont aussi le mandat de confier à d'autres partenaires des prestations de soins. Et, selon l'évaluation que chaque réseau pourra faire et sa capacité aussi économique de donner des services, bien on a qualifié ça... qu'on pourrait avoir deux menus, selon aussi les réalités de la population de chacun des réseaux, soit un menu soupe populaire ou un menu buffet gastronomique. Et, pour nous, c'est très inquiétant, les disparités qu'il pourra avoir d'un réseau à l'autre sur un même territoire.

On a parlé des partenariats qui pourraient exister, et, au niveau des groupes communautaires, c'est très inquiétant. On sait que ce projet de loi n° 25, qui maintenant est clarifié par le projet de loi n° 83... on craint que c'est les services sociaux qui vont écopier le plus, avec la question de confier des services à d'autres partenaires. On sait que les instances vont se mettre en place et qu'elles ont un mandat très clair d'offrir des services aux meilleurs coûts, et, quand on dit «meilleurs coûts», on dit aussi employés à rabais. On a des illustrations, ici, au Québec, par les ressources intermédiaires qui offrent des services aux personnes handicapées et aux personnes âgées. Par le projet de loi n° 7 d'ailleurs, on est venu encore réduire plus la réalité des personnes qui y travaillent.

On pense aussi que la mission des CLSC, même si les missions demeurent dans les nouveaux réseaux, va être passablement réduite. Bien, forcément, ça oblige, là, des politiques de rationalisation que les missions les plus essentielles, soient curative ou hospitalière, prennent le dessus. Et c'est encore nos craintes que l'établissement soit contrôlé par le volet plus de la mission hospitalière. Les organismes communautaires, dans ce sens-là, deviendraient complètement assimilés au réseau des services et assujettis aux priorités et aux objectifs définis par la licence locale. Je pense qu'on détourne profondément de sens le rôle de l'action communautaire et des organismes communautaires au Québec, qui est une appropriation collective pour la prise en charge et résoudre des problèmes spécifiques à la communauté. Là, on va leur demander de résoudre des problèmes des centres de santé et des services sociaux.

Au niveau du conseil d'administration, si le ministère et le gouvernement a voulu protéger des missions, il nous est apparu — puis vous le verrez dans les recommandations — qu'il y aurait peut-être lieu, au niveau des conseils d'administration, de réserver des sièges à chaque mission. Là, il n'y a pas de siège réservé, et on peut voir là qu'une mission plutôt qu'une autre puisse prendre le contrôle de ces nouveaux réseaux.

● (17 h 20) ●

La participation citoyenne, aussi, on note un affaiblissement important. C'est sûr qu'on a créé des nouveaux comités, les réseaux de vigilance, les comités de résidents. Mais, là où se prennent les décisions, c'est au niveau des conseils d'administration, et on craint que les services de proximité, qui sont très liés aux besoins des personnes, ou la qualité en milieu d'hébergement soient plutôt confiés à l'étude, à l'analyse des nouveaux comités mais que... dans le fond, ces comités-là ne sont pas

décisionnels, c'est le conseil d'administration qui est décisionnel, donc d'où l'importance de renforcer la participation.

Et, la participation citoyenne, on sait qu'elle est affaiblie par le projet de loi. D'ailleurs, avec la fusion des établissements, les sièges destinés aux représentants des élus de la population sont partout réduits d'au moins du tiers. À l'instance régionale, on a aboli le forum de la population. On peut peut-être convenir qu'il n'a peut-être pas été assez fonctionnel, mais, plutôt que d'y voir là une faiblesse au point de l'abolir, on aurait peut-être pu profiter du projet de loi pour le renforcer ou rendre la participation démocratique encore plus pertinente.

Dans le mémoire, vous allez voir, on a élaboré beaucoup sur la question de la participation citoyenne parce que ça nous apparaît indispensable quand on parle de l'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux. Puis d'entrée de jeu, quand je vous disais que c'est une réforme majeure, on ne peut pas, dans une réforme comme ça qui concerne les soins et des services — puis on sait quelle priorité on accorde, à raison, au sein de nos sociétés à la question de la santé des personnes — on ne peut pas se priver de l'apport essentiel de leur contribution à cette... à l'identification des besoins, à l'identification de ce que devrait être une organisation. Ça fait que de se priver d'une participation citoyenne démocratique, bien je pense aussi qu'on vient se priver d'un espace où l'intégrité puis la démocratie est respectée. Et c'est un beau lieu de confiance entre l'État et les citoyens, de leur donner une pleine participation. Je pense que ça appartient à l'État de garantir ces pratiques de gestion qui assurent la démocratie. Et, dans ce sens-là, je pense qu'on ne peut pas se priver de ces lieux.

La voie plus de privatisation, bien c'est là où le bât blesse aussi beaucoup. En concertation avec les partenaires du territoire, on sait que les agences régionales ont pour mandat de faciliter les ententes possibles de PPP pour des services qui pourraient être ainsi offerts à moindre coût. Ça fait que la décentralisation est réelle sur le plan de la programmation sociosanitaire par les réseaux... et plus la tentation est grande pour un établissement de réduire sa mission aux stricts services essentiels. À notre avis, le recours à la sous-traitance va être facilité, et les administrations d'établissements pourraient succomber pour des besoins qu'elles considèrent localement comme non prioritaires ou complémentaires, comme les services de soutien à domicile, par exemple, à se déléster des missions qui sont publiques pour les confier à d'autres lieux.

Et, pour nous, bien ça ne s'inscrit pas par hasard. Le projet de loi n° 83, ça s'inscrit effectivement dans tout le processus de déréglementation, dans le processus amorcé par le gouvernement de regarder les missions de l'État, et voir qu'est-ce qui peut être essentiel, et de pouvoir confier à d'autres instances des services qui sont publics, je pense que ça s'inspire des modèles partenariat public-privé, donc comment faire... comment faire la même chose à moindre coût. Et ça, c'est très, très inquiétant.

Au niveau de la circulation de renseignements cliniques et conservation régionale des dossiers du patient... informatisés. Écoutez, au niveau du projet de loi qui vient... de la partie du projet de loi qui vient permettre que le dossier du patient pourrait circuler librement dans le réseau local ou dans le centre de santé, y

incluant aussi tous les producteurs, qu'on appelle, de soins, de services, donc les partenaires, sans le consentement de l'utilisateur, ça nous apparaît, au niveau éthique et déontologique, un accroc important. S'il y a quelque chose dans la vie privée des gens, dans leur dignité, leur état de santé et tous les renseignements concernant leur état de santé, je pense que le projet de loi qui nous est proposé... Pas parce qu'on est contre de dire que, si quelqu'un va être soigné correctement, le professionnel qui a à le prendre en charge doit avoir les meilleurs renseignements possibles, on en convient. Mais il y a : quels renseignements, à qui on les confie et de quelle manière. Et, pour nous, le consentement de l'utilisateur à toutes les étapes doit être important. Et, quand l'utilisateur donne un consentement, c'est plus qu'une simple signature, ça veut dire qu'il prend entente, il a confiance de ce qu'il permet, et aussi il a des recours s'il y a des failles. Cette partie-là doit être sécurisée.

Je pense que la confidentialité, on la retrouve dans deux lois, au niveau des renseignements : à la fois la loi des renseignements personnels et aussi la loi sur la santé et services sociaux. Et ça, je pense que les risques de dérive sont trop importants. Et vous savez que tous les receveurs de renseignements n'ont pas les mêmes compétences, non plus, pour interpréter leur contenu, ou les mêmes habitudes institutionnelles. Et là on pense particulièrement au milieu communautaire ou dans la sous-traitance; on sait que le roulement de personnel est élevé, donc il y a un danger très important. Et on se demande pourquoi la transmission de renseignements contenus aux dossiers cliniques des établissements, lesquels sont généralement très garnis en informations, pourrait se passer de consentement, alors qu'on instaure des mécanismes très rigoureux de consentement, d'accès de confidentialité, de sécurité, dans le cas de conservation du dossier-patient informatisé au niveau régional. Donc, aussi, il faut voir que la loi, actuellement, de la santé et des services sociaux prévoit en quelles occasions on peut le faire, s'il y a urgence, et on pense qu'il n'y a pas lieu d'élargir ces occasions-là.

La conservation d'un dossier patient informatisé. À première vue, à première vue, on vous dirait que les principales réserves qu'on avait avec la carte santé, carte à puce, il y a beaucoup de ces réserves-là qui sont atténuées. Dans son essence, je pense que ça semble strictement clinique et administratif, ça ne semble pas... et pas administratif, que ce n'est pas nationalisé, que c'est plutôt au niveau régional, le contenu semble circonscrit, et le consentement du patient est là aussi. Cependant, ça soulève une toute autre question, parce qu'il y a beaucoup d'autres choses dans le projet de loi, quand on parle des données à la RAMQ, des clés d'identification, etc., il y a beaucoup d'éléments qui nous laissent croire que cette partie ou cette section-là — parce que ça, c'est une clé, c'est un morceau dans un ensemble, quand on parle d'informatisation puis du réseautage — que ça nous apparaît incontournable qu'on ait le temps de débattre correctement, au Québec, des besoins qu'on a au niveau de l'informatisation du comment on va le faire et des règles de sécurité. Donc, on demande encore une fois qu'il y ait une consultation publique spécifique sur le sujet.

En terminant, je vous dirais qu'on a beaucoup de craintes, puis pas sans raison, sur la privatisation de notre service de santé et de nos services sociaux. Pas

qu'on craint que les patients paient demain matin pour leurs services, mais en confiant et en décentralisant et en donnant beaucoup plus d'espace à des directives locales, sans balises et sans garanties, et on croit que les élans de privatisation sont à nos portes. Et, si on fait le lien, comme je le faisais tout à l'heure, avec d'autres dossiers majeurs, bien je pense que c'est une crainte qui est fondée. Et on a vraiment hâte de saluer plutôt des élans envers un système public universel et gratuit.

M. le ministre de la Santé et M. le premier ministre ont souvent dit que jamais... que ce n'est pas remis en cause, le caractère public de notre système de santé au Québec. Bien, si c'est vrai, on a une recommandation très formelle et on demande au gouvernement de profiter de ces modifications-là à la Loi sur la santé et les services sociaux pour y inscrire ce qui suit, que vous retrouvez en bas de la page 18, que je prends le temps, dans les trois minutes qui me reste, de vous lire

Le régime de services de santé et de services sociaux... donc d'ajouter, à la suite de l'article 1, un paragraphe 1.1 qui dit que le régime de santé et de services sociaux, institué par la présente loi est caractérisé par le respect des principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité, d'accessibilité. Ce régime interdit des pratiques de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs. Et l'application de ces cinq principes et des deux interdictions est obligatoire, que les soins soient reçus dans un établissement, à domicile ou dans tout centre ou organisme ayant fait l'objet d'une entente de services.

Nous avons trois autres recommandations, que vous allez retrouver à la page 23. La première qui concerne les représentants au sein des conseils d'administration; la deuxième, au niveau de la circulation de l'information clinique, qu'il y ait le consentement du patient de façon obligatoire, donc que soient retirées du projet de loi toutes les modifications qui visent à élargir; et la troisième, d'avoir un projet de loi distinct pour ce qui est de l'informatisation du dossier.

● (17 h 30) ●

Et je vous dirais que ces recommandations-là sont au cas où que le projet de loi n° 83 s'adopte et qu'on n'ait pas plus de temps. Parce que les modifications et les remarques qu'on vous fait ne viennent en rien cautionner les objections qu'on avait lors du projet de loi n° 25. Je pense que nos arguments en défaveur de ce projet de loi là demeurent. Il n'y a pas plus de consensus social, au Québec, sur le projet de loi n° 25 et les fusions d'établissements qui ont suivi et qui sont en cours. Et, pour nous, le projet de loi n° 83, comme je le disais, ne sont pas de simples harmonisations, c'est un enjeu majeur, et je pense que ça mérite le temps d'avoir un vrai débat public. Merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Merci beaucoup, Mme Chabot. La parole est au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Mme Chabot, pour votre présentation. Je vais introduire plusieurs éléments de discussion pour qu'on puisse démarrer l'échange.

Effectivement, oui, c'est un changement important, qui suit le changement important qu'a été également la

loi n° 25. Et effectivement nulle mesure gouvernementale n'est jamais unanime, et je pense qu'on peut s'entendre là-dessus. Cependant, ce que je constate actuellement, c'est un grand niveau d'enthousiasme dans les régions et dans ces territoires pour travailler sur le projet d'organisation, sur le projet clinique, incluant, par des associations d'établissements, comme l'Association des CLSC et CHSLD qui maintenant s'inscrit totalement dans le courant de ce qui est proposé et y participe tellement activement qu'elle veut se rapprocher avec l'Association des hôpitaux du Québec et étendre l'intégration... et le fait d'abattre les murs et les barrières artificielles entre les différentes parties de notre réseau de santé, et également la représentation des établissements. Moi, je salue ça comme un élément de progrès majeur dans notre réseau de la santé et des services sociaux.

Ce qu'on fait avec ce projet d'harmonisation, parce qu'effectivement il s'agit de donner et d'incarner les principes qui étaient à la base de la loi n° 25, principes dont on mesurera toute la portée — et, pour moi, il s'agit d'une portée positive bien sûr, vous le comprendrez, mais je comprends qu'on puisse être en désaccord sur cette question — portée qui incarne les deux grands principes, qui sont des principes novateurs, sur le plan même international, sur l'organisation des soins de santé: le principe de la responsabilité populationnelle et non pas la responsabilité de patients ou d'usagers, ce qui inclut les activités de prévention et de promotion de la santé, ce qui inclut les activités de services sociaux, qui sont protégés par des programmes distincts et formellement identifiés. Et je ne crois pas que l'Association des CLSC et CHSLD aurait adhéré à ce mouvement-là si elle n'avait pas perçu également qu'il s'agissait d'un mouvement dans cette direction-là, un mouvement d'abord dirigé vers les services de base et les services de première ligne.

L'informatisation, vous avez raison, c'est important, puis je suis content de voir que vous saluez la nécessité clinique de faire ça. Je pense que, d'après vos remarques, vous ne contestez pas le fait que c'est dans l'intérêt du patient ou de la personne que les services que le professionnel qui le sert ou qui la sert ait les informations requises. D'ailleurs, plus de 90 % des gens, lorsqu'ils sont questionnés, veulent que l'information soit transmise. On a longuement discuté avec la Commission d'accès à l'information et le Barreau de la question des consentements, et je pense qu'on a des moyens de bonifier ce qui vous apparaît comme un défaut, notamment dans la circulation de l'information entre l'établissement public du réseau local et ses partenaires, dont les organismes communautaires, par exemple, ou d'autres types d'organisations. Alors, je pense qu'on a, je crois, des pistes très intéressantes de ce côté.

Et, pour ce qui est des bases de conservation régionale, je salue vos remarques. Effectivement, on a bâti le projet de l'informatisation du réseau et le cadre législatif, qui doit être ajusté, parce qu'on a un cadre législatif qui vient de l'époque où on avait un système de santé entièrement papier, ce qui n'est pas nécessairement, en passant, un gage de confidentialité et de sécurité, le dossier papier, par rapport au dossier numérisé. Il n'y en a pas un qui est supérieur à l'autre, par essence même, sur le plan de la sécurité et de la confidentialité. Puis, pour avoir vu des dossiers traîner un peu partout, je peux

vous dire que ce n'est certainement pas le cas. On peut lire des dossiers de n'importe qui. Entrez dans n'importe quel hôpital, le soir, puis vous pouvez aller lire des dossiers. Donc, c'est un besoin essentiel.

Mme Chabot (Louise): ...une infirmière au poste.

M. Couillard: Bien, écoutez, moi, je l'ai vu, ça. Les dossiers traînent sur les tables.

Une voix: ...

M. Couillard: Des dossiers traînent sur les tables. Je ne veux pas dire que n'importe quel dossier peut être vu. Mais c'est faux... Quand j'entends les gens dire: C'est tellement merveilleux maintenant, le dossier papier, puis tellement sécuritaire, que c'est bien effrayant, le dossier numérisé puis informatisé. C'est un raccourci très dangereux, là. Il y a autant de danger dans l'un que dans l'autre. Il faut se fixer des principes puis enfin rattraper le retard du Québec dans ce domaine-là.

Vous avez vous-même fait allusion à la carte à puce, où vous avez participé au débat, qui à l'époque avait suscité énormément de protestations. On est en retard, au Québec, là, sur l'informatisation du réseau de santé et de services sociaux. Il y a des endroits au Canada, il y a des endroits dans le monde, qui ne sont pas encore une fois des pays socialement arriérés, que je pense, là, qui ont fait ce mouvement-là, qui se sont dotés de législation pour le dossier médical électronique. Mais je crois que, sur le principe, vous êtes d'accord qu'il faut le faire. Votre remarque sur le consentement à l'intérieur du réseau, on la partage, puis on a reçu la même remarque de la CAI et puis du Barreau, et on veut continuer à aller dans cette direction-là.

Effectivement, la philosophie fondamentale et l'économie générale du projet de loi, c'est effectivement de pousser la décentralisation encore plus loin et faire originer les projets d'organisation de services de la base même, le plus près possible de la population, et de faire remonter par la suite ce projet vers les établissements spécialisés, de façon à ce que ce soit réellement en accord avec les caractéristiques de chaque milieu. Je vous donne un exemple. Sur l'île de Montréal, si vous regardez la carte des espérances de vie, là, de l'île de Montréal, ce n'est certainement pas correct de distribuer et d'organiser les services de la même façon dans le centre-sud que ça l'est dans l'ouest de l'île. Il y a des niveaux de santé, il y a des problèmes de santé publique, il y a des états de santé qui sont très différents, et il faut que les gens aient les moyens d'adapter les services à ces besoins spécifiques et aux différentes caractéristiques de leur milieu, encore une fois sur la base de la responsabilité de la population et du principe que les services sont toujours mieux administrés lorsqu'ils sont plus près des gens qui les reçoivent. Ça me semble être un principe sur lequel beaucoup... pas tout le monde, parce que personne s'entend sur tout, mais sur lequel... un principe sur lequel la plupart des gens s'entendent.

Vous parliez du buffet, je ne me souviens plus, du buffet gastronomique par rapport à la soupe populaire. On est en train, comme vous le savez, d'élaborer un plan de... un nouveau mode d'allocation budgétaire

qui vise véritablement donc à donner à chaque citoyen du Québec le même financement pour ses soins de santé et services sociaux, de façon progressive, sur plusieurs années. Ça ne se corrige pas du jour au lendemain, ces inéquités qu'on a depuis des années par reconduction automatique de budgets historiques, donc sur une base populationnelle, avec des modulations basées sur la démographie, le niveau socioéconomique, le niveau d'éloignement, pour des programmes spécifiques, par des indices tels que la monoparentalité, par exemple, qui est un indice important sur le niveau de services requis en protection de la jeunesse. Donc, ces travaux-là sont en cours et ils sont également en cohérence ou en correspondance avec ce qu'on fait sur le plan de l'organisation.

Les activités de services santé ou services sociaux sont bien identifiées en programmes cliniques. Il y a des programmes. Il y a un programme prévention santé publique, il y a un programme jeunesse en difficulté, il y a un programme santé physique, qui n'est qu'un des programmes. Ils sont tous budgétés et protégés également sur le plan budgétaire, et ça, également, c'est bien reconnu maintenant.

La mission des CLSC, moi, je ne crois pas... Je vous l'ai dit depuis le début, lorsqu'on parlait de la loi n° 25, non seulement elle n'est pas remise en question, au contraire, les gens partout font le choix logique de donner plus d'efforts, plus de ressources en proximité, en première ligne, plutôt qu'en milieu hospitalier, et c'est ce qui se produit dans les faits.

Les groupes communautaires, vous avez raison, on veut respecter l'autonomie. D'ailleurs, leur adhésion ou leur participation comme partenaires est sur une base strictement volontaire. Personne ne va les chercher, les inviter ou les obliger à être partenaires du réseau de santé public. On souhaite qu'ils le soient, mais comme partenaires volontaires et des gens dont on reconnaît l'autonomie, et qui sont par ailleurs représentés au conseil d'administration, encore, les organismes communautaires.

Parlant du conseil d'administration, pour être en cohérence avec le principe de représentation de la population ou de responsabilité populationnelle, la représentation de la population est augmentée au niveau local. Il y a encore quatre représentants élus, et on ajoute deux représentants du comité des usagers. C'est plus de représentations qui viennent de l'extérieur, de la population, que ce qui existait auparavant. On a ajouté un employé également, non couvert par les différentes commissions. Ce n'était pas présent auparavant. Et je pense que, comme organisation syndicale, c'est quelque chose qui devrait vous sourire, parce que c'est quelque chose que le précédent gouvernement n'avait pas accordé.

Mme Chabot (Louise): La présence?

M. Couillard: La présence d'un employé non clinique de l'établissement. Alors, c'est quelque chose qui est là. Et je veux bien qu'on nous dise nos défauts, mais des fois il faut nous parler un peu de nos qualités.

Mme Chabot (Louise): On n'a pas eu le temps de tout voir.

M. Couillard: Ha, ha, ha! Maintenant, pour ce qui est du Forum de la population, effectivement, mais...

Vous avez raison, la loi l'abolit formellement. Cependant, ce qu'elle dit également, la loi, c'est que l'agence a l'obligation de consulter et d'informer sa population sur les politiques et les organisations de services, le moyen de la consulter étant de son ressort. Alors, chaque région pourra déterminer, dans le Bas-Saint-Laurent, à Montréal ou à Québec, quelle est la façon dont ils veulent s'y prendre. S'ils veulent garder le Forum de la population, ils ont tout à fait loisir de le faire. S'ils veulent adopter d'autres principes, telles que des assemblées de population, par exemple, où ils convient les citoyens à des assemblées générales pour leur expliquer les programmes, ils peuvent également le faire. Je pense qu'il faut faire confiance aux gens des régions et aux gens de chaque milieu pour adapter ces mécanismes-là.

Il y a quelque chose que vous avez dit qui m'a un peu fait sursauter, quand vous dites: Comment faire le mieux possible à moindre coût? Moi, je trouve que c'est un assez bon programme pour le citoyen qui nous écoute, là. Il veut qu'on donne le meilleur service, mais il veut également qu'on le donne de la façon la plus efficace possible. Qu'est-ce qu'on entend quand on entend les gens réclamer des investissements dans le système de santé — je parle des citoyens en général? Tout le monde est d'accord qu'il faut augmenter les ressources, mais les gens disent toujours: Bien, on voudrait au moins s'assurer que les sommes qui sont données sont bien dépensées, avec le meilleur rapport qualité-prix, avec la recherche d'efficacité et la recherche de résultats. Et je pense que ça, ce n'est pas du tout un objectif qui est en désaccord avec des principes de justice sociale, au contraire. Il n'y a pas un pays au monde qui n'utilise pas cet objectif-là, il n'y a pas une organisation de santé au monde qui n'utilise pas cette organisation-là, même dans les pays scandinaves.

La question du consentement, comme je vous l'ai dit, a été clarifiée avec la Commission d'accès à l'information et le Barreau, et on va, je pense, apporter une amélioration de ce côté-là qui va répondre à ces questions-là.

● (17 h 40) ●

Vous avez parlé du rôle de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Effectivement, il y a un rôle qui est réservé à la RAMQ, mais beaucoup moins considérable que ce qui était initialement prévu dans le projet de carte à puce, où, avant, c'était une grande banque centralisée de toutes les données. Les rôles de la RAMQ, c'est: la gestion des profils d'accès, qui a accès aux dossiers, selon tel profil, selon telle modalité; le registre des consentements, les consentements papier étant conservés cependant au niveau des établissements locaux; et également le profil pharmacologique, puisque toutes les pharmacies du Québec ont actuellement un lien informatique avec la RAMQ, qui peut servir de courroie de transmission pour redistribuer ces profils pharmacologiques au niveau de chaque personne qui y a accès. Et il y a là un facteur de sécurité, le volet pharmacologique de l'informatisation est fondamental, parce qu'elle a un volet de sécurité tout à fait essentiel, en termes de nombre d'hospitalisations, de problèmes de santé qui sont en lien avec la mauvaise consommation des médicaments ou des erreurs de bonne foi. Parce que les gens ne savent pas qu'une personne âgée, par exemple, a déjà deux médicaments psychotropes, et, qu'on ajoute un troisième, on

se ramasse avec quelqu'un en coma à l'urgence. Je pense qu'on voit ça régulièrement actuellement. Pas parce que les gens ne sont pas compétents, parce qu'ils n'ont pas l'information qui est requise au moment où elle est requise pour prendre des décisions, et c'est ce que l'informatisation, le dossier médical électronique va enfin pouvoir améliorer.

En terminant, je partage vos objectifs, les cinq principes de la loi canadienne. Ici, on est dans le cadre législatif fédéral, c'est pour ça qu'on bénéficie tant du lien fédéral au Québec, étant donné qu'on a la protection de ces principes-là, et qui sont assez bien, vous le savez, appliqués. Je vous signale, en passant, que le premier principe que, vous-même, vous mentionnez, c'est la gestion publique et non pas la prestation publique des services, le mot est très important, et je vois que, vous-même, vous reprenez les mêmes termes que dans la loi canadienne. Ça veut dire que le système de santé est géré publiquement avec des fonds publics, un seul payeur, aucune différence d'accès selon la situation financière des gens.

Mais il est certainement possible d'avoir des prestataires qui ne sont pas nécessairement tous dans le réseau public, sinon il faudrait fermer demain toutes les cliniques médicales du Québec. Je pense que ça pourrait poser des problèmes. Je ne pense pas qu'il y a une personne dans la salle, ici, qui n'a jamais consulté dans une polyclinique médicale. Puis, qu'est-ce que c'est, une polyclinique médicale? Bien, c'est une entreprise privée — quelle horreur! — recevant des fonds publics, employés de l'État — les médecins, qui ne sont pas des employés de l'État, ils reçoivent des honoraires de l'État, ils paient des employés, ils font un chiffre d'affaires, puis parfois ils font un bénéfice, parfois non. C'est peut-être l'hérésie, mais c'est la réalité également, puis je pense que, si du jour au lendemain on abolissait cette question-là, on aurait un problème, hein, ici pour obtenir des soins. Alors, ayons un peu d'ouverture d'esprit.

Moi, je suis tout à fait comme vous. Et puis c'est ce que je regrette parfois de certains discours, c'est que certains se réservent l'exclusivité de vouloir préserver le régime public de santé. Personne n'a l'exclusivité de ce discours-là. Tous les gens qui sont autour de cette table partagent le même objectif, tous ceux qui sont venus en politique, ici, veulent préserver notre régime public de santé et garantir l'universalité puis l'accessibilité égale pour tous les citoyens, quels que soient leurs revenus. Et je pense que, lorsqu'on se présente puis qu'on donne l'impression qu'il y a certains groupes qui ont cette attitude-là puis d'autres non, on ne rend pas justice à la réalité, puis à mon avis on ne rend pas justice non plus au niveau de l'intégrité puis de conscience sociale que les gens qui sont devant vous ont, raison pour laquelle ils se sont engagés dans l'action publique puis dans l'action gouvernementale. Et je pense qu'il faut reconnaître et partager les soucis éthiques que vous avez avec d'autres personnes.

Donc, là-dessus, effectivement, pour résumer les propos que je viens de tenir, oui, on va faire des améliorations dans le projet de loi, notamment sur la question de l'information et de la circulation de l'information, oui, notre optique... on peut être d'accord ou pas d'accord, oui, notre optique est une décentralisation plus marquée vers un niveau local parce que c'est plus près des gens,

plus adapté aux besoins, et ça va être beaucoup plus logique comme façon de distribuer les services et beaucoup plus efficace en même temps, et qu'à terme c'est une des façons dont nous pensons que notre système public, universel peut non pas être menacé, comme vous le dites, mais au contraire préservé. Merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Mme Chabot.

Mme Chabot (Louise): Nous sommes séduites.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Chabot (Louise): Bien, écoutez, si... Le projet de loi n° 25, adopté sous le bâillon: on n'a pas vu un large consensus populaire. Aujourd'hui, on nous dit que le réseau des CLSC, l'Association des CLSC et CHSLD sont enthousiastes. Pourtant, leurs craintes étaient fondées. Quand on parle qu'on va avoir des services plus populationnels, plus près de la population, on avait déjà un réseau qui permettait à cette population d'être proche de ses besoins, et on aurait pu très bien arriver à nos fins par un réseautage qui repose sur des personnes.

Ce n'est pas qu'on craint le changement, mais je pense que... Est-ce que la mobilisation des personnes, est-ce qu'on avait le choix, dans le fond, à partir du moment où ça se met en place en toute vapeur? Puis je vous dirais que, si c'est si bon pour la population, si ces changements-là vont faire... et que ça va marquer le progrès, qu'il n'y aura pas de faille, bien pourquoi, dans un même projet de loi, on n'a pas permis à cette même population d'avoir l'occasion correctement de donner son point de vue sur une organisation de services? Ça a été ni fait avec le projet de loi n° 25 ni plus fait avec ce projet de loi là. Quand quelque chose est bon, là, bien d'habitude on doit avoir une cote de popularité ou des enthousiasmes qui se manifestent. Là, on sent qu'il y a plus de craintes. Et, même si les principes peuvent sembler corrects, c'est dans quelques années ou dans quelques mois qu'on pourra voir les résultats, et là les changements seront faits, et quelle sera notre capacité effectivement... que le pire ou le mieux qu'on pouvait craindre ou espérer, qu'on pourra se réajuster. Ça, je pense que c'est...

Quand on parle d'autonomie du mouvement communautaire, vous avez tout à fait raison, qu'il va être volontaire pour faire partie des ententes. Mais auront-ils vraiment le choix? Qu'arrivera-t-il s'ils ne sont pas volontaires pour remplir ou combler une mission qu'un réseau voudra leur confier? Est-ce qu'ils auront les moyens financiers de continuer et de préserver en toute autonomie le rôle qu'ils jouent actuellement qui veut répondre à des besoins de la population? Bien, nous, on continue à prétendre que, même s'il y a des ajouts au niveau de la population, il y a quand même — comme vous le dites, là, quatre élus, deux comités, là — qu'il y a quand même une réduction en tout, puis ça ne veut pas dire que c'est juste depuis le projet de loi n° 25, mais, au total, il y a une réduction de la participation de la population au sein des conseils d'administration, au moins de moitié. Donc, je pense que, de ce côté-là, il n'y a pas d'augmentation.

Et, quand on parle de faire mieux à moindre coût, il ne faudrait pas détourner de sens ce qu'on voulait dire, là. On ne parle pas de l'efficacité. Il n'y a personne

qui va nous reprocher d'avoir une meilleure qualité avec un réseau efficace, personne ne va reprocher ça à n'importe quel gouvernement, indépendamment du parti. Mais ce n'est pas ça qu'on voulait dire, là. Faire mieux à moindre coût, ça veut dire la porte à la privatisation, confier à d'autres ce qu'on fait déjà dans le réseau public et effectivement perdre en qualité à la fois pour le personnel et à la fois pour les services et donner une large place à de la privatisation. Donc, il ne faut pas détourner de sens ce qu'on a voulu dire.

Et pour ce qui est de la RAMQ — je termine avec ça — le ministre Couillard... Écoutez, on ne s'est pas prononcé là-dessus. Mais, hier, moi, je lisais la Commission d'accès à l'information, qui disait que la RAMQ... d'avoir les informations... en tout cas s'inquiétait, puis que la création d'un nouveau numéro qui ouvrira la porte à des dossiers médicaux les préoccupe également. Ça fait que, nous, on n'a pas eu le temps d'analyser ça, on dit que ça mérite un plus large débat, puis on se fie aussi à des experts qui peuvent nous donner des indices. Mais le débat public doit être présent, puis il n'est pas présent, parce que cette section-là du projet de loi est passée dans la même commission parlementaire, avec le même temps. En tout cas, moi, je ne me sens pas... et la CSQ ne se sent pas interpellée, quand on dit qu'il y a un vrai débat public sur notre régime de santé et de services sociaux.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci. Si vous permettez, nous allons passer au deuxième bloc d'échange. Alors, la parole est à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Mme Chabot, Mme Le Brun, bienvenue de la part de l'opposition officielle.

Alors, j'entendais le ministre, tantôt... en fait, c'est peut-être la fin de la journée, mais c'est la première fois, depuis deux jours, là, qu'il fait un discours plutôt qu'un échange avec nos invités, et ce discours me faisait penser à celui que j'ai lu aujourd'hui dans à peu près tous les quotidiens, qui est le discours de Wal-Mart, c'est-à-dire le discours du plus bas prix possible et de la flexibilité totale. Alors, le plus bas prix de... je pense que le thème de Wal-Mart, c'est: Le plus bas prix de tous les jours. N'est-ce pas?

● (17 h 50) ●

Alors, écoutez, vous n'êtes pas les premiers qui viennent devant cette commission et qui nous disent que c'est un projet de loi qui en prend trop large, qui est comme un fourre-tout, dans lequel on aurait pu retrouver cinq projets distincts, dont un sur l'informatisation du dossier patient, un autre sur le traitement des plaintes, un autre sur la gouvernance et le niveau des responsabilités partagées, au niveau des établissements locaux, régionaux, ministère et ministre. Alors, vous avez entièrement raison. Il y a eu 52 organismes qui ont fait une conférence de presse conjointe pour dire: Écoutez, donnez-nous du temps. Le Barreau nous a dit: On n'a pas eu assez de temps, puis le Barreau, habituellement, c'est pas mal bien équipé pour lire des lois et les interpréter. Alors, là-dessus, je crois que c'est, à l'évidence, là, les propos que vous teniez tantôt.

Bon. Dans le mémoire que vous présentez, vous dites: C'est cette espèce d'exclusivité au niveau de l'instance locale, dépendamment de ce qui se passerait au niveau budgétaire, ça peut offrir la tentation de passer des ententes à rabais. Hein? Est-ce que je comprends que c'est le sens, là, de votre mémoire, ententes à rabais avec des agences, ententes à rabais également avec l'économie sociale, puisque c'est le ministère qui est juge et partie? Il dicte les montants qui doivent être payés par les personnes qui reçoivent les services. Je crois qu'en matière d'économie sociale c'est à partir d'un revenu annuel de 8 450 \$ que les frais sont chargés à la personne à qui le service est rendu à domicile. Alors, dois-je comprendre que votre crainte, ce sont des services à rabais?

Mme Chabot (Louise): Oui, tout à fait. Et d'ailleurs on a illustré des services à rabais au sens de l'accessibilité aussi de ces services-là. Quand on parle que c'est plus qu'une question de quantité, l'accessibilité, la qualité, la quantité effectivement... C'est plus les services sociaux qui nous inquiètent. On a donné l'exemple, dans notre mémoire, de toute la question du maintien à domicile. Est-ce qu'il y a un nouveau réseau local, puis pourtant on connaît les besoins en cette matière, qui va décider, au niveau de son réseau, d'offrir les services à domicile pour sa population qui en a besoin ou qui va décider de confier tous ces services-là à des réseaux effectivement qui vont prendre en charge la même clientèle? En santé mentale... Ça fait qu'il y a une question budgétaire, mais il y a aussi une question que... En tout cas, notre grille d'analyse a été faite aussi en fonction que c'est... Je pense qu'on est en révision, puis ça, peut-être qu'on ne veut plus se le rappeler, importante, puis on n'a pas encore eu les effets de ça. On a eu pourtant un projet de loi sur les partenariats public-privé, avec les agences, mais chaque ministère, ici, au gouvernement, était interpellé pour savoir: Dans votre mission, qu'est-ce qui est essentiel puis qu'est-ce qui n'est pas essentiel à votre mission? Et de confier à chaque réseau maintenant sur un territoire la décision de confier à d'autres, bien ça nous apparaît effectivement un risque pour la qualité des services à la population, ce qu'illustrait notre menu différencié.

Mme Harel: L'inquiétude a été d'autant plus grande que nous avons pris connaissance de ce document, là, qui a été préparé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et qui s'intitule *Précisions pour favoriser l'implantation de la Politique de soutien à domicile*, dont vous avez sans doute pris connaissance. J'ai eu l'occasion d'interroger le ministre avant Noël là-dessus, mais il a maintenu la confusion entre services professionnels et soins personnels. En fait, la grande différence, c'est que dorénavant, en vertu de ces directives du ministère, seule la clientèle qui nécessite des services d'une durée de moins de trois mois, soit le tiers des prescripteurs actuels de maintien à domicile, va rester dans le niveau de services du CLSC, alors que jusqu'à maintenant les entreprises d'économie sociale et les agences privées, souvent embauchées même maintenant, là, par les CLSC, ne l'étaient que pour l'entretien ménager et tout ce qu'on appelle aide domestique: lessive, préparation des repas.

La grande différence dorénavant, c'est que les soins d'hygiène, les soins personnels, ce qu'on appelle l'assistance personnelle, le bain, etc., qui étaient donnés par du personnel de CLSC, le deviennent par ces agences privées ou par ces entreprises d'économie sociale. Alors, ce qui amenait en fait la Coalition Solidarité Santé à considérer que les deux tiers des 340 000 personnes qui reçoivent du maintien à domicile dorénavant allaient avoir à payer pour des services qui étaient jusqu'à maintenant gratuits, services de soins personnels, ce qu'on appelle l'assistance personnelle. Alors, c'est bien évident que les soins professionnels, le médecin, l'infirmière qui vont à domicile, ça reste gratuit, mais les soins personnels, qui jusqu'à maintenant étaient gratuits, vont devenir tarifiés. Alors ça, c'est très, très, très, si vous voulez... c'est un virage très important que le ministre n'a pas assumé en l'expliquant à la population et en l'expliquant au moment où je lui ai posé des questions à l'Assemblée, mais en maintenant la confusion entre services professionnels et soins personnels.

Mme Chabot (Louise): Oui, c'est le danger. Écoutez, on n'est pas dans... On travaille au service des personnes, c'est des personnes humaines. Et les auxiliaires familiales remplissent un rôle important, au niveau des CLSC, au niveau du maintien à domicile. Parce que, quand on parle des soins personnels aux personnes, bien on parle aussi de sa dignité, et souvent, dans les soins personnels, on peut déceler une carence au niveau de son état de santé physique, et donc c'est plus que... Vous avez raison. En tout cas, ce qu'on... Je ne pourrais pas aller en détail, mais ce qu'on a su sur des questions, c'est qu'il y a beaucoup de documents — on est membres de la Coalition Solidarité Santé — c'est qu'il y a beaucoup de directives comme ça qui circulent déjà, pour témoigner: bien, de quels types de services qui pourraient être confiés dans vos ententes de partenariat? Un peu la recette ou un guide, là, et ça circule à une vitesse folle. Quand on dit que le réseautage, là, en tout cas on ne pourra pas... ça va... tellement que c'est inquiétant, ça vient bouleverser — en tout cas, c'est ce que d'autres organismes avec qui on travaille nous disent — bouleverser complètement la prestation des soins, le rôle des organismes dans le réseau de la santé. Puis c'est très inquiétant.

Mme Harel: Et c'est d'autant, si vous voulez, plus inquiétant que l'actuel gouvernement avait promis autre chose en matière de soins à domicile. J'ai les déclarations des députés responsables, notamment le député de Châteauguay, responsable du dossier de la santé quand il était dans l'opposition libérale, et qui, avec raison, là, déplorait que le Québec occupait le dernier rang parmi les provinces canadiennes en matière de dépenses par habitant en soins à domicile et qui réclamait ce que le gouvernement précédent avait souhaité faire, avec le document *Chez soi: le premier choix*, là, tout de suite après la conférence fédérale-provinciale dans laquelle on avait pu obtenir que notre argent qu'on envoie au fédéral nous soit ramené, là.

Incidemment, je ferme juste une parenthèse pour dire qu'il y a actuellement, à la Chambre des communes, le projet de loi qui ratifie l'entente sur la santé. Ce projet de loi ne contient strictement rien sur la clause Québec.

Elle n'existe pas. Dans le projet de loi fédéral libéral, à la Chambre des communes, qui ratifie l'entente historique, bien l'entente historique n'avait la valeur que le papier sur lequel les médias ont tant écrit, alors qu'actuellement on se rend compte qu'elle n'a aucune conséquence. Le projet de loi, là, a complètement éradiqué la fameuse entente historique. Il est pareil pour les 10 provinces, pour les 10 prochaines années puis pour les 10 provinces. Alors, je vous laisse la parole, parce que là je vais continuer comme le ministre.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Mme Chabot, s'il vous plaît.

Mme Chabot (Louise): Deux choses. Ce qui nous interpelle beaucoup depuis l'entente fédérale, c'est que l'argent qu'on a obtenu du fédéral, il aille à la santé, et, pour nous, c'est clair qu'on veut avoir des garanties. Donc ça, c'est une question qu'on a déjà fait parvenir au gouvernement et à M. le ministre.

Et, d'autre part, les services de maintien à domicile, on va s'entendre, là: ça fait déjà une bonne... depuis le virage ambulatoire où on fait, je pense, des batailles importantes pour qu'elle soit... Parce qu'on a fait un choix de société, là aussi, de dire qu'on va favoriser le maintien à domicile, on va... Bon. Puis je pense qu'effectivement il y a eu des reconnaissances. Mais là on voit les besoins puis là on voit la dérive que ça peut prendre. Donc, pour nous, c'est des questions essentielles.

Comme d'autres services, qui sont des problèmes de notre société, qui sont plus des services sociaux. Quand on parle qu'on craint un délestage, quand on parle sur toute la question de la... Quand on pense à la question de la toxicomanie ou de la périnatalité, est-ce qu'on va... Bon, on va dire: Bon, finalement, ça, c'est important, mais on pourrait le faire par d'autres, et finalement, à la longue, dire: Bien, vous pourriez payer pour ces services-là, ce n'est pas essentiel.

• (18 heures) •

Mme Harel: Vous avez tantôt fait référence aux centres universitaires des universités à Montréal. Je regardais le tableau que, grâce à la loi d'accès à l'information, nous avons obtenu, sur les lits fermés faute de ressources. À Montréal seulement, là, c'est 253 lits qui le sont dans les deux hôpitaux, dans le CHUM et dans l'hôpital... le CUSM, là, l'hôpital de McGill. Alors, on discute de milliards dans le béton, mais il y a des lits fermés faute de ressources dans ces hôpitaux-là présentement à Montréal.

Ceci dit, comptez sur notre appui pour que les principes auxquels le ministre lui-même souscrit soient introduits dans la loi québécoise. Il n'y a pas de raison de donner un chèque en blanc à la loi fédérale, qui pourrait être modifiée si un Stephen Harper arrivait un jour au gouvernement. Alors, il faut, avec raison, je pense, là, ne compter que sur ses propres moyens, puis d'autant plus que la santé est un domaine de compétence exclusive... en fait, c'est un domaine de compétence québécoise également, alors il n'y a aucune raison pour que ces principes, auxquels le ministre nous dit souscrire, ne soient pas clairement, dorénavant, avec ces modifications qu'il apporte au projet de loi n° 83, inscrits dans la Loi des services de santé et des services sociaux, ceux que vous rappelez, là: gestion publique, intégralité,

universalité, accessibilité. Alors, comptez sur nous, lors de l'étude article par article, pour demander au ministre d'être conséquent.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, oui, Mme la députée de Rimouski et porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux, il reste exactement 1 min 30 s.

Mme Charest (Rimouski): Bon. Alors, pour la minute qu'il me reste, merci, mesdames, de nous avoir présenté votre point de vue. Je retiens, à la page 10 et 11, vos préoccupations par rapport à ce qu'il va rester ou demeurer des services sociaux avec cette loi. Je partage votre évaluation. Ça, je tenais à vous le dire, même si je n'ai pas eu de temps pour l'exprimer, parce que je pense que c'est une approche médico-hospitalière que le projet de loi n° 83 présente et que la préoccupation services sociaux est très peu présente, on ne la sent pas. Et je pense que vous l'avez bien identifiée comme problématique. Et, quand nous allons étudier article par article, en tout cas on va essayer de corriger le plus possible, à la mesure de nos moyens, cet élément-là. Merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Il reste une minute, si vous voulez réagir.

Mme Chabot (Louise): Une minute, oui. Sur l'introduction dans notre loi québécoise des principes. Je ne veux pas entrer dans les ententes fédérales-provinciales, mais l'avantage de l'avoir au Québec, c'est que ces principes-là seront enchâssés dans notre loi, donc feront partie de la loi, où, si la loi doit être modifiée, on aura prise sur ces engagements-là. Et je serai heureuse de voir que ce sera une motion unanime de l'Assemblée nationale en cette faveur, parce qu'il y a eu plusieurs occasions où on aurait pu l'inscrire, puis on serait très heureuses que, cette fois-ci, ce soit la bonne. Puis vous ajouterez, M. le ministre, «gestion et prestation publiques», on va être d'accord.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci beaucoup, Mme Chabot, merci, Mme Le Brun. La commission ajourne ses travaux au jeudi 17 février 2005, à 9 h 30, dans la salle Louis-Hippolyte-La Fontaine. Merci. Merci à tout le monde.

(Fin de la séance à 18 h 3)