



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 5 avril 2005 — Vol. 38 N° 109

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 (12)

**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 mardi 5 avril 2005 — Vol. 38 N° 109

Table des matières

Auditions (suite)	1
Table des centres affiliés universitaires (Table des CAU)	1
Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services (santé et services sociaux du Grand Montréal)	8
Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services et des médecins examineurs des régions de la Chaudière-Appalaches et de Québec	16
Ordre des optométristes du Québec	23
Action Autonomie, Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, Auto-Psy, région de Québec, et Droits et Recours Laurentides inc. — Groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale	29

Intervenants

M. Russell Copeman, président

M. Philippe Couillard
Mme Solange Charest
M. Camil Bouchard
Mme Louise Harel

- * M. Michel Larivière, Table des CAU
- * M. Hervé Moysan, idem
- * Mme Léna Rodrigue, Regroupement des commissaires locaux
à la qualité des services (santé et services sociaux du Grand Montréal)
- * Mme Hélène Bousquet, idem
- * Mme Christiane Chouinard, idem
- * M. André Prévost, Regroupement des commissaires locaux
à la qualité des services et des médecins examineurs des régions
de la Chaudière-Appalaches et de Québec
- * Mme Andrée Vézina, idem
- * Mme Nicole Gagnon, idem
- * Mme Louise Pion, idem
- * Mme Lise C. Lamontagne, idem
- * Mme Lise-Anne Chassé, Ordre des optométristes du Québec
- * M. Marco Laverdière, idem
- * M. Yvon Boisclair, Action Autonomie, Le collectif pour la défense
des droits en santé mentale de Montréal, Auto-Psy, région de Québec, et
Droits et Recours Laurentides inc. — Groupes régionaux de promotion
et de défense des droits en santé mentale
- * Mme Denise Brouillard, idem
- * Mme Denise Blais, idem
- * M. Ghislain Goulet, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 5 avril 2005 — Vol. 38 N° 109

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 (12)*(Dix heures vingt-trois minutes)*

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, chers collègues, en vous souhaitant la bienvenue. Bon matin. Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle notre mandat. Nous sommes réunis, toujours, 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. Alors, Mme Lefebvre (Laurier-Dorion) va être remplacée par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve). Voilà.

Le Président (M. Copeman): Très bien, merci. Je vous rappelle, chers collègues, et aussi à tout le monde ici, dans la salle, que l'utilisation des téléphones cellulaires est strictement interdite. Je vous prierais, en conséquence, tous ceux qui en font usage, de bien vouloir les mettre hors tension.

Nous allons débiter, dans quelques instants, avec le premier groupe. Nous avons trois groupes, ce matin: la Table des centres affiliés universitaires, qui sera suivie par le Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services (santé et services sociaux du Grand Montréal), et terminer la matinée avec le Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services et des médecins examinateurs des régions de la Chaudière-Appalaches et de Québec, avec la suspension à 12 h 30. Il est prévu que nous siégeons cet après-midi. Et je rappelle à mes collègues ainsi qu'à tous ceux qui sont présents que nous allons consacrer 50 minutes pour l'audition des groupes, des organismes entendus... pardon, 45 minutes, ce matin, excusez-moi, 45 minutes pour l'audition des organismes entendus ce matin: 20 minutes pour la présentation et un échange de 25 minutes avec les parlementaires, partagées équitablement entre les deux côtés de la table.

Auditions (suite)

Alors, sans plus tarder, il me fait plaisir d'accueillir les représentants de la Table des centres affiliés universitaires. M. Larivière, M. Moisan, je ne sais pas qui fait la présentation?

M. Larivière (Michel): M. Larivière.

Le Président (M. Copeman): M. Larivière, bonjour.

M. Larivière (Michel): Bonjour.

Le Président (M. Copeman): Tel qu'indiqué, vous avez 20 minutes pour faire votre présentation, qui sera suivie par un échange avec les parlementaires. Nous sommes à l'écoute.

**Table des centres affiliés universitaires
(Table des CAU)**

M. Larivière (Michel): Alors, bonjour. Merci de nous donner l'opportunité de vous rencontrer ce matin. J'aimerais, dans un premier temps, situer quels sont les centres affiliés universitaires. Alors, c'est l'Hôpital Charles-Lemoyne, à Longueuil, Centre hospitalier affilié de Québec, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ainsi que le Centre hospitalier affilié Hôtel-Dieu de Lévis.

Alors, nous avons pensé faire une présentation commune sur certains points, si vous permettez. Dans un premier temps, nous voulons saluer le projet de loi n° 83, qui a des impacts beaucoup plus cohérents sur le réseau de la santé et services sociaux. Il est plus structurant, il donne une vision plus cohérente des changements organisationnels. Ce qui est intéressant, c'est qu'il y a un partage de responsabilités qu'on veut le plus clair possible entre les centres de santé et de services sociaux, les établissements universitaires et autres établissements, agences et ministères. En soi, ils ont... le fonctionnement de ce réseau, on a l'impression que ça va se faire davantage avec une collaboration, une continuité, une complémentarité. Et naturellement, dans cette structure, les réseaux universitaires intégrés, c'est l'architecture la plus importante, la plus essentielle quant à nous, et elle est fort pertinente.

Il y a des éléments auxquels aussi il est important de mentionner, qui est le continuum de services, la prévention des ruptures de services, qui est un élément important mais difficile — je vais vous en glisser un mot tantôt — le point de vue plus pratique, le partage des territoires entre les RUIS, la planification des effectifs médicaux spécialisés, planification des plateaux techniques. Tout ça, je pense, va améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau. Et en soi donc je vous dirais que nous sommes relativement en accord avec le projet de loi.

Si on regarde maintenant les responsabilités confiées au RUIS, ce qu'on constate, c'est qu'il exprime des avis, il doit supporter les établissements de son bassin de desserte et planifier la cohérence des services. À quelques moments, vous dites qu'il nous apparaît... Il nous apparaît pour nous, plutôt, que c'est non pertinent et inutilement laborieux que les RUIS se prononcent sur tous les plateaux techniques ou les effectifs médicaux dans les services. Je pense que les réseaux universitaires ont une connaissance des services beaucoup plus spécialisés et ultraspecialisés, et je pense qu'en ce sens-là le réseau universitaire va apporter davantage sur l'ensemble des services surspecialisés.

Par exemple, dans le RUIS de Montréal, que les Laurentides, avec son agence puis avec Saint-Jérôme, décident le partage des spécialités entre eux, je pense que ça va de soi. On verrait mal comment le RUIS de Montréal pourrait s'ingérer sur la répartition de services spécialisés à Saint-Jérôme ou dans les Laurentides. Par ailleurs, pour les services surspécialisés pour les Laurentides, il est bien certain que les RUIS sont interpellés. Ils peuvent rendre un immense service. Alors, je pense qu'il faut faire une distinction entre ce qui est spécialisé et surspécialisé, du moins particulièrement dans la région de Montréal.

Quant à la prévention de la rupture des services, oui, elle est importante, oui, je pense que les hôpitaux universitaires ont un rôle important à jouer, mais il faut bien s'assurer que les agences, avec ces établissements, vont bien faire le service qu'ils ont avant d'interpeller les RUIS. La difficulté que nous avons par rapport à cela, c'est l'absence complète, je dirais, des responsabilités confiées aux médecins dans le cas de rupture de services, puisqu'à la lecture de ce projet de loi on s'interroge comment faire en sorte que les médecins qui sont dans les hôpitaux universitaires peuvent, d'une façon volontaire, rendre service à un établissement qui est en difficulté. Et cette notion-là, on ne la retrouve pas, et ça va être, on est convaincu, une difficulté importante, puisqu'il n'y a pas de mesures, ni incitatives ni désincitatives, à la présence des médecins dans les hôpitaux universitaires versus les hôpitaux en rupture de services. Alors, cette notion-là nous apparaît un peu faible.

● (10 h 30) ●

Également, le comité de direction des réseaux universitaires, on souhaiterait plutôt que les membres soient les établissements désignés universitaires, tel que mentionné, le P.D.G. de l'agence où siège le RUIS et non pas toutes les agences... Je reviens à Montréal, vous comprendrez, parce que je le connais beaucoup mieux. Il y a cinq agences avec des degrés d'intervention différents, et on pense que c'est davantage l'agence de Montréal qui doit être membre plutôt que l'ensemble des agences et aussi les établissements. Alors, ce qu'on souhaite par rapport à cela, c'est que ce soit uniquement le P.D.G., donc l'agence où siège le RUIS, ainsi que les établissements universitaires. Quant aux autres P.D.G. des agences, les autres établissements devraient y siéger mais à titre d'invités. En termes bien pratiques, à Montréal, s'il y avait un vote avec tout ce monde-là, à la table du RUIS, les hôpitaux universitaires seraient en minorité. Alors, c'est en ce sens-là que la notion de membres versus invités nous apparaît essentielle dans la mesure où... la définition d'un RUIS qui est composé de tous les établissements désignés universitaires.

Je laisserai maintenant la parole pour les agences et les RUIS.

M. Moysan (Hervé): Merci, M. Larivière. M. le Président, merci. M. Larivière vous a présenté le groupe des centres hospitaliers affiliés universitaires. Vous avez pu vous rendre compte que c'est quand même un groupe assez restreint, et nous n'avons pas la prétention d'avoir fait une couverture exhaustive de l'ensemble du projet de loi. C'est davantage un éclairage additionnel, compte tenu de l'expérience des centres affiliés universitaires, que nous voulons vous apporter.

Je vous parlerai donc du RUIS et des agences, de leur mandat respectif. Nous nous questionnons sur la portée de la loi lorsque celle-ci précise qu'une agence exerce ses responsabilités en prenant en considération les propositions d'un RUIS. L'article 340.1, le texte législatif, même s'il confirme la responsabilité décisionnelle des agences, ne prévoit pas ce qui pourrait arriver en cas de désaccord d'une agence, alors que les autres agences du RUIS respecteraient l'avis émis. Qu'arriverait-il, par exemple, si une agence décidait de faire fi de l'avis du RUIS, alors que les autres agences du même RUIS mettaient en oeuvre cette recommandation? Le résultat pourrait être conflictuel.

Comme le projet de loi confirme la responsabilité des agences dans l'organisation des services spécialisés et précise que le rôle du RUIS est de proposer et d'aviser les agences concernées sur des responsabilités qui leur sont dévolues et compte tenu que plusieurs agences peuvent faire partie d'un même RUIS — on parle de cinq agences comme Montréal, de Montréal, RUIS de l'Université de Montréal, le RUIS de l'Université Laval compte plus de cinq agences également — nous croyons donc que le projet de loi devrait prévoir des dispositions en cas de désaccord, et ce, bien que nous favorisions bien sûr un climat de partenariat et de collaboration entre ces deux instances.

Alors, nous recommandons donc qu'à l'article 340.1.1°, on rajoute: «En cas de désaccord avec le RUIS, l'agence doit justifier son refus». Et également l'article 436.10.5°: «En cas de désaccord entre une proposition d'un RUIS et la décision d'une agence, [il y a lieu de] préciser la contribution attendue de chacun d'eux».

M. Larivière (Michel): Quant à la Table de coordination des RUIS, comme les objectifs visés par le table de concertation des RUIS sont reliés à la concertation, l'arbitrage, l'expertise et puisque les RUIS sont formés de tous les établissements universitaires et non pas uniquement des CHU, nous aimerions que soient ajoutés, à titre de membres de cette table, un représentant des CAU et un représentant des instituts. En fait, nous croyons, lorsqu'on va parler à cette table de corridor de services, de rupture de services, il est, je pense, au choix de Québec, je pense à celui de Sacré-Coeur, où nous avons des réseaux complets en traumatologie, par exemple, ou, dans d'autres cas, en cardiologie tertiaire, dans les faits, nous avons une expertise de corridor de services qui pourrait sûrement apporter une expertise supplémentaire à cette table et, en ce sens-là, nous croyons donc pertinent d'être représentés.

M. Moysan (Hervé): Je vais aborder le point du mémoire qui est celui de la banalisation, en tout cas, ce qu'on interprète comme tel, des CAU. Nous sommes étonnés de l'absence de la mention des centres affiliés universitaires, CAU, dans plusieurs articles du projet de loi faisant notamment mention des autres établissements à désignation universitaire comme les centres hospitaliers universitaires et les instituts universitaires, on pense aux articles, en particulier 184, 202 et 436.8. Alors, notre questionnement, nous sommes convaincus de la volonté réelle du législateur de consacrer le rôle et la place des centres affiliés universitaires dans le réseau des services

de santé et les services sociaux, et qu'il s'agit là donc d'un simple oubli.

M. Larivière (Michel): Dans la question de la qualité des services, ceux qui vont suivre vont sûrement en parler davantage, mais je pense qu'il est important aussi de le mentionner aussi pour nous.

Autant le projet de loi n° 83 contribue à améliorer l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et l'efficience en confiant des responsabilités aux acteurs les mieux placés pour les réaliser, autant les articles traitant du suivi de l'examen des plaintes et des comités des usagers sèment pour nous le doute sur la capacité des directions d'établissement et des gestionnaires en place de bien gérer les insatisfactions des usagers. Je dirais aussi que pourtant nombre de plaintes reçues dans le réseau de la santé et des services sociaux ont déjà fait l'objet de correctifs à l'intérieur des établissements. À notre avis, la multiplication des structures en ajoutant un comité de vigilance et d'autres comités des usagers nous apparaît inefficace.

J'ai regardé quels sont les mécanismes actuels que nous avons qui regardent la qualité des services dans un établissement. Premier, on a des établissements ou des instances externes: je pense aux ordres, je pense au Collège des médecins, je pense aux agréments, aux collèges royaux, aux fonds de recherche qui font tous des interventions pour regarder si la qualité des soins est bien faite dans les établissements. À l'intérieur, vous avez: le conseil multi, le conseil du CII, le conseil des infirmières et des infirmiers, le CMDP qui regardent la qualité et qui relèvent, eux, ces trois instances, il y a un personnel qui les représente au conseil d'administration, et nous avons chacun un comité pour améliorer la qualité, et des risques, dans l'établissement. Vous avez aussi un directeur des soins infirmiers que la loi précise très bien sur la qualité des soins.

Alors, vous avez donc une série d'éléments, de personnes qui regardent l'ensemble de la qualité de l'établissement, des interventions qu'ils font, et de ce fait-là nous trouvons que c'est relativement inutile d'ajouter ces éléments-là.

D'autant plus qu'on signifie que le Commissaire aux plaintes, et non pas le commissaire local à la qualité qu'on souhaiterait plutôt garder l'expression «local à la qualité», puis un commissaire aux plaintes on a toujours l'impression que c'est un commissaire aux malheurs qui s'en vient, alors que le commissaire à la qualité, bien, c'est vraiment dans une notion d'améliorer les services.

Je dirais, par exemple, nous, à Sacré-Coeur, on a fait une étude de satisfaction. Les agréments demandent de faire des études de satisfaction. Nous, on a sorti satisfaction de l'accueil du personnel à l'urgence et clinique externe, et on dit là-dedans où on a rencontré 200 à 300 personnes qui ont été des usagers et qui dit dans l'ensemble quels sont les services qui sont forts, les services qui sont faibles, et ça nous apparaît encore plus prometteur qu'uniquement cette notion d'un commissaire à la qualité qui, lui, reflète bien sûr les plaintes qui sont transmises, alors que, lorsqu'on fait un ensemble de satisfactions et de sondages dans un spectre beaucoup plus grand, bien, on a une réalité encore plus pertinente et qui donne, je pense bien, des résultats. Ces sondages-là vont au conseil d'administration, le conseil est

interpellé. Alors, je pense qu'il y a suffisamment de structures qui portent au conseil d'être sensibilisé sans en ajouter davantage.

Quant à la composition du conseil d'administration, nous sommes relativement déçus qu'on souhaite fusionner les deux postes dédiés à la fondation et les deux postes à la personne morale, donc quatre postes, et n'en fusionner que deux. Premièrement, les personnes morales ou les corporations, ce sont eux qui ont le plus d'appartenance, qui sont là depuis fort longtemps et qui ont un souci que l'établissement fonctionne bien. Il est donc important, à mon avis, de garder cette représentation-là.

Quant aux fondations, ils sont des éléments importants, majeurs et qui apportent des sous importants pour l'établissement. Alors, qu'on dise que les conseils d'administration des fondations conjointement par ces conseils et les membres de la personne morale, il n'y a pas de lien sinon que l'établissement aille mieux, de regarder, de les mettre ensemble pour qu'ils choisissent une personne. Nous pensons qu'ils devraient donc rester comme ils sont actuellement, c'est-à-dire, donc, quatre postes au conseil d'administration.

M. Moysan (Hervé): Je vais aborder la question de la distinction entre CSSS avec mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, et CSSS sans mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

Selon nous, il existe dans les faits deux catégories de centres de santé et de services sociaux: ceux qui intègrent la mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et ceux qui ne l'intègrent pas. Nous croyons qu'il y aurait lieu de prévoir une distinction entre les mandats et responsabilités octroyés aux CSSS en fonction du fait qu'ils assument ou non cette mission de centre hospitalier de soins généraux.

• (10 h 40) •

L'article 99.5 prévoit que «l'instance locale est responsable, de manière exclusive, de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants», etc.

Alors, l'élaboration de projets cliniques sous la responsabilité des CSSS pourrait amener des situations problématiques où un CSSS serait responsable de la mise en place d'une large gamme d'activités pour lesquelles il n'a pas eu ou pas de responsabilités propres. Ainsi, une agence pourrait allouer un budget au CSSS de sa région pour mettre en oeuvre un nouveau programme, et le CSSS n'ayant pas de mission de centre hospitalier de soins généraux spécialisés pourrait demeurer l'interlocuteur, tandis que le centre hospitalier de soins généraux spécialisés, ayant un peu la plupart du temps un statut universitaire, pourrait être écarté de la démarche. Il nous apparaît important que la loi introduise une distinction pour éviter une telle situation.

Alors, nous suggérons que l'article 99 et autres articles concernés puissent tenir compte de cette réalité. L'objet de notre suggestion, il faut bien le comprendre, n'est pas de remettre en cause la responsabilité exclusive des CSSS de définir le projet clinique et organisationnel. Nous pensons cependant que, dans les cas où la mission hospitalière n'est pas intégrée au CSSS, des mécanismes

formels de collaboration devraient être institués entre CSSS et centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés afin que le projet clinique émane véritablement des établissements au cœur du réseau local.

M. Larivière (Michel): Alors, merci. Nous avons terminé notre présentation.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Larivière et M. Moysan pour votre visite ce matin et la communication de votre mémoire.

Je commencerais par aborder la question des relations entre les agences régionales, les RUIS; vous avez touché certains points très intéressants. Je dirais d'abord que dans le cas, comme vous dites, du refus éventuel, espérons que ce ne soit qu'hypothétique, d'une agence de se conformer ou de s'intégrer dans un plan de services spécialisés, bien sûr vous suggérez que la loi indique la nécessité de justifier. C'est une suggestion intéressante, nous allons l'étudier. Mais je dirais que par définition, compte tenu de la façon dont notre réseau de santé est organisé, tout problème d'arbitrage interrégional ou entre une région et un RUIS devient du ressort du niveau ministériel à ce moment-là par sa nature même, compte tenu de la hiérarchisation qui n'est pas nouvelle, qui est là depuis des années.

Maintenant, vous questionnez sur le rôle confié au RUIS sur les services spécialisés plutôt qu'uniquement surspécialisés et également sur les équipements. Moi, je vois plutôt une logique à ça et je vais m'expliquer. Si on veut favoriser la formation en région, par exemple, comme on veut le faire à Trois-Rivières, ou éventuellement à Rimouski, ou à Sagamie, il faut que les étudiants qui aillent là soient exposés à la plupart des spécialités de base et même jusqu'à un certain niveau autre que la sur-spécialité, qui demeure du niveau des centres universitaires. Donc, il m'apparaît pertinent qu'un RUIS s'assure de la disponibilité dans ses centres affiliés, surtout ceux où il veut faire de la formation, de la plupart des spécialités, même les spécialités de base. Il y a là une, je ne dirais pas une responsabilité directe, mais certainement un intérêt de l'organisation universitaire de s'assurer à ce que ces effectifs soient présents. Même chose pour les équipements.

Évidemment, ça peut paraître surprenant, mais je vais vous donner un exemple, là: on est en train de planifier le déploiement des PETscan, tomographes à émission de positrons. Il m'apparaît, là, logique qu'on demande aux RUIS de planifier ce déploiement pour toute sa zone de desserte, ce qui va amener, par exemple, des régions comme le Bas-Saint-Laurent ou d'autres à pouvoir se doter naturellement de cette technologie, mais le tout étant coordonné par le réseau universitaire intégré de santé.

Alors, je vois que vous y trouvez quelque chose d'inutile; j'y vois plutôt quelque chose d'utile et de complémentaire. Est-ce que vous ne pensez pas qu'on devrait se retrouver quelque part, là?

M. Larivière (Michel): Oui, sûrement, mais, lorsque vous prenez des TEP, c'est davantage un

équipement très spécialisé, et en ce sens-là, ce qu'on dit, nous, c'est que les RUIS effectivement ont un mot à dire sur l'ensemble de son bassin de desserte en ce qui concerne les services comme un TEP, par exemple. Mais est-ce que le RUIS de Montréal doit s'interroger s'il doit y avoir une résonnance magnétique à Mont-Laurier. J'aimerais bien mieux qu'en ce sens-là ce soit l'agence avec ses établissements qui regarde ce qui en est par rapport à une résonnance qu'il pourrait y avoir dans les Laurentides. C'est dans ce sens-là que, s'il faut que le RUIS intervienne pour chaque établissement de son réseau, ça me paraît inutile et peu pertinent, je parle des équipements, là, plus standards, je dirais. Mais pour des équipements très spécialisés, bien sûr il faut que le RUIS soit partie prenante pour l'ensemble de ces établissements dont il fait partie avec son bassin de desserte.

M. Couillard: Et l'autre chose également, c'est qu'il faut envisager le développement des technologies. Ce que vous venez de mentionner, la résonnance magnétique à Mont-Laurier, maintenant on considère une résonnance magnétique comme un équipement, je ne dirais pas de base, mais d'un niveau de spécialité intermédiaire, alors qu'il y a quelques années c'était considéré comme un équipement expérimental et de pointe. Et je vous prédis que la même chose va se produire pour le PETscan: maintenant, c'est considéré comme quelque chose d'extrêmement spécialisé et rare, mais, moi, je vous fais une prédiction, sans vouloir mettre trop d'argent dessus parce que je suis prudent, hein, c'est que, d'ici quelques années, ça va devenir un instrument de suivi assez courant, là, et de sorte qu'il est logique à ce moment-là de nous préparer, au Québec, à doter nos centres régionaux, dans l'esprit d'une philosophie académique cependant, d'équipements semblables.

Je passe à un autre, je dirais, sujet connexe, c'est la question de la prévention des ruptures de services. Et la façon dont on envisage le rôle des RUIS, c'est bien sûr une sorte de coexistence avec obligation réciproque entre la région de desserte et les régions plus centrales, où bien sûr les régions centrales, entre guillemets — vous allez me dire que c'est une charge mais c'est également un bénéfice — reçoivent la référence de cette clientèle surspécialisée des régions mais d'autre part assurent également un support pour la formation continue, et également les effectifs, mais avec la même logique.

C'est que si, par exemple, je suis à l'Université de Montréal et que je vais implanter, comme on le fait actuellement, une cohorte d'étudiants à Trois-Rivières, j'ai un intérêt assez marqué à ce qu'il ne se produise pas de rupture de services dans certaines spécialités, n'est-ce pas? Alors, il me semble que là il a quand même un rôle à jouer, sans que ce soit un rôle qui dépasse celui de la région elle-même ou du ministère dans la planification des effectifs, mais il m'apparaît utile que le RUIS ait son mot à dire là-dedans et puisse intervenir en soutien.

Par exemple, si on a des étudiants éventuellement à Rimouski qui sont en radiologie, on a eu un problème récemment en radiologie, puis qu'on a une cohorte d'externes, là, qui sont en stage en radiologie à Rimouski puis qu'il se produit une rupture de services, bien là il y a une implication très directe de l'organisation d'enseignement, là. Qu'est-ce qu'on fait avec le stage? Est-ce

qu'on a prévu ça? Est-ce qu'on avait pensé à une solution alternative? Alors, vous voyez, on voit ça de façon assez continue, l'enseignement, parce qu'on sait que les milieux d'enseignement au cours des prochaines années, compte tenu de l'augmentation des cohortes — on en a parlé beaucoup autour du CHUM, là — les étudiants et les professeurs vont se déplacer de plus en plus bien sûr vers vos institutions, les centres affiliés, mais également vers les régions.

M. Moysan (Hervé): Je pense que plutôt que de prévenir les ruptures de services, les RUIS doivent d'abord s'attacher à... plutôt que, du moins de réparer les — comment — les ruptures de services, pardon, les RUIS doivent s'attacher à prévenir ces ruptures de services, et c'est ce que... Je pense au RUIS Laval, par exemple, quand il planifie les services sur un territoire, c'est dans le but d'éviter ces ruptures, et ça me paraît essentiel.

M. Larivière (Michel): Je dirais, en complémentarité, parce qu'effectivement je pense que mon confrère a absolument raison, on va tout le monde espérer que ça va être bien exceptionnel, les ruptures de services, et, je pense, avec une prévention, aussi avec une planification de l'ensemble des services, ça va sûrement aller en diminuant, et je pense que les RUIS ont un rôle important à jouer.

On ne nie pas que le RUIS a un rôle, un rôle important; cependant, lorsque cette rupture-là arrive, comment un hôpital universitaire va aller voir ses médecins, il dit: Écoutez, bien, demain matin, il faut aller à Mont-Laurier ou il faut aller à Trois-Rivières, se déplacer puis donner du service. Ces médecins-là, ils travaillent dans l'hôpital puis ils ont... ils travaillent à temps plein, là, ils n'ont pas comme des coussins d'heures de prévues en vue des ruptures de services. Alors, la problématique qu'on craint, c'est que, si les médecins disent non, quel pouvoir a l'établissement d'assumer ses responsabilités? C'est là qu'on est un peu embêtés, là.

M. Couillard: Bien, je vais vous donner un exemple pratique autre où je suis d'accord avec vous. Ayant moi-même été en pratique, je me serais vu difficilement voir intimé l'ordre de me déplacer alors que j'étais déjà surchargé de travail à un autre endroit; cependant, on sait que vos établissements et les CHU demandent assez régulièrement des dérogations pour les plans d'effectifs. Alors, nous, ce qu'on fait de plus en plus, et je pense que c'est une tendance que vous allez voir se poursuivre au cours des prochaines années, c'est qu'on accorde certaines dérogations, mais on les lie à une entente de desserte pour une région du RUIS.

Par exemple, si vous êtes à Lévis, je prends l'exemple de façon volontaire, où vous pouvez avoir un poste de psychiatrie supplémentaire, ou deux, mais, en échange, le service et non pas uniquement les deux nouveaux psychiatres vont dire: Bien, nous, on va aller offrir des services de clinique à Saint-Georges de Beauce ou aux Etchemins. Alors, vous voyez, là, il y a une façon assez créative de fonctionner qui est au bénéfice de vos institutions également, il me semble, hein.

● (10 h 50) ●

Dernière question, là. On a récemment fait une désignation avec l'Hôpital Sagamie qui, à mon avis, est

le début d'une série de désignations semblables, qui est le Centre affilié universitaire régional, où on indique qu'un établissement a un statut de centre affilié universitaire pour des fins d'enseignement mais également un statut de pôle régional. On a fait ça pour la Sagamie, on peut certes envisager qu'à Lévis ou à Rimouski ou à d'autres endroits ce soit le cas, à Trois-Rivières également. Est-ce que vous pensez que c'est une façon correcte de progresser dans nos désignations, en ajustant les prérequis à la désignation selon les établissements? Parce qu'il est certain qu'un hôpital régional peut parfois ne pas satisfaire de façon littérale à tous les critères du centre affilié. En créant cette catégorie de centre affilié universitaire régional, il nous semble qu'on vient de réunir les deux mondes, là. Est-ce que vous pensez que c'est une voie à suivre?

M. Moysan (Hervé): Dans un premier temps, je voudrais peut-être réagir sur le mot «régional» parce qu'il y a quelquefois une confusion qui s'instaure au niveau de ce mot-là, puis il est peut-être bien important de préciser, disons, qu'un hôpital peut être régional sans être en région... et il y a l'inverse, bien sûr, qu'un hôpital en région n'est pas forcément un hôpital régional. On prend souvent un tel hôpital régional en voulant dire qu'il en région. Tu sais, il y a une confusion qui existe un petit peu dans le langage puis qu'il m'apparaît de clarifier.

Et puis, une fois qu'on a convenu que l'hôpital régional effectivement c'est, comme vous le dites, M. le ministre, le pôle régional, celui qui est au cœur du réseau du, comment dire, d'un territoire donné de population, je pense que la mission régionale effectivement est importante et c'est une plus-value. C'est un facteur important. C'est un enrichissement de la mission de centre hospitalier de soins généraux spécialisés qui définit des corridors de services dans une région donnée, qui établit des liens avec les hôpitaux locaux, qui établit des liens également souvent directement avec la première ligne. Donc, je pense que c'est une mission qui doit être valorisée, et, dans certains cas effectivement, mais ce n'est pas vrai dans tous les cas, les hôpitaux régionaux peuvent aspirer à la mission universitaire. C'est le cas de... Vous avez parlé de, comment, du CH de Rimouski. C'est également le cas de l'Hôtel-Dieu de Lévis en particulier au cœur de la région Chaudière-Appalaches.

M. Larivière (Michel): Je voudrais rajouter par rapport à cela qu'en fait, on pourrait penser, avec les centres affiliés, qui est une désignation qui nous agréée très bien mais qu'il y a comme deux catégories: les centres affiliés régionaux, comme mon confrère vient de le mentionner, mais aussi il y a quatre centres affiliés qui pourraient prétendre être suprarégionaux et qui le sont dans la réalité. On pourra donc avoir deux catégories importantes à la fois régionales et suprarégionales comme Maisonneuve-Rosemenont, l'Hôpital juif, le CHA de Québec et Sacré-Cœur.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée de Rimouski et porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux.

Mme Charest (Rimouski): Alors, merci, M. Larivière et M. Moysan. Je lis votre mémoire et ce

que je retiens, c'est que vous soulignez l'intégration des réseaux universitaires de santé à l'ensemble de l'architecture du réseau, ce qui est une première. Je pense qu'il faut le souligner, là, c'est comme ça que ça arrive dans le projet de loi.

Vous avez par ailleurs, dans le cadre des responsabilités ainsi que dans la partie des RUIS, vous avez les agences surtout sur la question de la qualité des services, vous vous dites en accord avec toute la hiérarchisation des services et des soins, hein, des plateaux de services et des soins.

Et par ailleurs, quand on regarde la partie qui touche les RUIS versus les agences, à la page 4, là, il y a toute la question du pouvoir décisionnel à partager soit avec les agences et les RUIS. Et je faisais le commentaire à mon collègue, peut-être que le parallèle n'est pas tout à fait parfait, mais ça me faisait penser au débat qui entoure toujours la question du professeur d'université: Qu'est-ce qu'il fait comme recherche puis qu'est-ce qu'il fait comme enseignement? Vous, vous faites à la fois de la pratique, et vous faites de la recherche, et vous faites de l'enseignement. Alors, dans les RUIS, si je ne me trompe pas, c'est à peu près résumées les principales tâches, là, d'un RUIS.

Pourquoi ce pouvoir décisionnel? Vous avez l'air à questionner les agences qui pourraient avoir le dernier mot parce que la loi n° 83 confie à l'agence le dernier mot sur les projets cliniques, sur, bon, les avis que vous pouvez émettre. Un avis, c'est un avis, ce n'est pas une décision, et ça, ça semble vous poser problème. Est-ce que vous pouvez être plus explicite par rapport à ce que vous avez écrit?

M. Larivière (Michel): En fait, je pense que ce qu'on souhaite, ce qu'on en comprend par rapport au projet de loi, c'est qu'on veut avoir une cohérence, là, dans les décisions. Et en ce sens-là, le projet de loi dit, pour les services tertiaires — parce que ça nous interpelle — il dit: C'est l'agence qui va décider, et le RUIS va faire des avis aux agences pour les services tertiaires.

En soi, on n'est pas contre. Ce que là où on prévoit une difficulté, c'est lorsqu'il va y avoir des agences qui vont avoir des avis différents et que le RUIS, lorsqu'il va s'exprimer, va rentrer en conflit avec des agences versus une autre agence. Alors, c'est la cohérence des agences qui fait en sorte qu'ils peuvent causer une difficulté.

Je vais vous donner un exemple, puis M. le ministre va sûrement se souvenir, puis je le dis de bonne foi, je dirais. Il y a, par exemple, la radio-oncologie. Saint-Jérôme souhaite avoir de la radio-oncologie, Cité de la santé souhaite avoir de la radio-onco, et Sacré-Coeur aussi. L'agence de Montréal a tendance à dire: La radio-onco doit être à Montréal; l'agence la Cité de la santé dit: Non, non, la radio-onco doit être à Cité de la santé. Alors, qu'est-ce qu'on fait avec ça, le RUIS, là? Il fait un avis à qui? Est-ce qu'il fait un avis à Cité de la santé? Est-ce qu'il fait un avis à l'agence de Laval? Est-ce qu'il fait un avis à l'agence de Montréal? Et qu'en est-il lorsqu'on sait que tous les deux veulent avoir la radio-onco, puis Saint-Jérôme également?

Alors, ce qu'on dit par rapport à ça: Un, on veut que les agences expliquent pourquoi qu'elles ne veulent pas, parce qu'on ne veut pas que ce soit juste un arbitraire, c'est ça qu'on veut s'assurer, puis on veut s'assurer

qu'il y a un arbitrage, ce qu'on ne retrouve pas là-dedans. On veut s'assurer qu'il y a un arbitrage ministériel qui nous assure que ça va être basé sur les besoins du patient lorsqu'il y a une décision qui va être prise. C'est là notre préoccupation qu'on a par rapport aux agences. Pas sur le fait que l'agence doit décider, je pense qu'il y a une cohérence par rapport à cela.

Mme Charest (Rimouski): Écoutez, je ne suis pas une spécialiste des RUIS, là, mais je vais vous poser la question quand même. Il m'apparaît que vous avez quand même la connaissance scientifique, puisque vous êtes les responsables de la formation et de la recherche donc, et que vos avis vont surtout être de cet ordre-là et non pas seulement sur les aspects organisationnels, structurels. Je comprends que ça a une influence sur la dispensation du service comme tel et aussi sur l'organisation des plateaux de services, mais il me semble que, dans votre réponse, je l'accepte puis je la comprends, mais il n'y a pas une distinction à faire sur les types d'avis que vous allez émettre, et que les conflits seraient beaucoup plus sur la question structurelle que sur la question du contenu scientifique et technique peut-être.

M. Moysan (Hervé): Oui, je pense que vous avez raison. Effectivement, il y a deux types d'avis: il y a les avis concernant l'enseignement et la recherche puis les avis concernant l'organisation de services. Et ce qu'on dit, c'est que, bon, la loi prévoit clairement que l'organisation de services sur un territoire donné d'agence appartient à l'agence, ça reste vrai; par contre, sur un territoire de RUIS qui regroupe plusieurs agences, il va falloir concilier, dans certains cas, les positions de chacune des agences avec l'avis qu'éventuellement donnera le RUIS sur l'organisation de services.

M. Larivière a pris l'exemple, disons, de la radio-oncologie. On pourrait prendre l'exemple du PETscan, disons, qui se développe au Québec actuellement. Il y a beaucoup de territoires ou d'agences qui souhaiteraient ou qui verraient l'installation d'un PETscan sur leur territoire. Le RUIS émettra des avis, puis il y aura une conciliation à faire entre ces avis différents. Éventuellement... Dans beaucoup de cas, remarquez bien que l'objet même, disons, d'une table de RUIS, c'est d'arriver à un consensus sur une position finale. Je vois le travail qu'on fait actuellement au niveau du RUIS de Laval: la plupart des avis actuellement ou des positions se font par consensus. Les établissements universitaires sont tous autour de la table avec les agences, et ensemble on formule un avis. Dans la pratique, c'est comme ça que ça se passe.

Mme Charest (Rimouski): Vous voudriez être partie prenante des décisions finales et non pas que ce soit l'agence qui ait l'ultime décision si problème il y a. Et je voudrais... En continuité avec la réponse que vous m'avez donnée, M. Larivière, est-ce que, si vous aviez le choix, est-ce qu'il y a un type de décision sur lequel vous voudriez absolument que ce soient vous, les RUIS, qui ayez le dernier mot, et, sur d'autres types de décisions, vous laisseriez ça à l'agence? Est-ce qu'il y a quelque chose comme ça qui pourrait répondre à vos appréhensions ou si ce qui est proposé dans le projet de loi vous inquiète et fait que le départage qui n'existe pas

sur le type d'avis qui pourrait être refusé par un certain nombre d'agences et accepté par d'autres et qui vous amènerait à des conflits, là, et qu'il n'y a pas d'arbitrage connu, continuerait de vous inquiéter, là?

• (11 heures) •

M. Larivière (Michel): Je dirais, dans un premier temps, la table de RUIS parce que les agences sont là, l'université est présente ainsi que les établissements, il y a une volonté mutuelle d'arriver à un consensus avec le moins possible d'arbitrage. Et, en ce sens-là, on va espérer le plus possible qu'il n'y ait pas de conflit qui se fait dans ces dossiers-là, là. Je pense par ailleurs aussi que, si on veut avoir une cohérence, on ne devrait pas avoir deux instances qui décident pour la même chose, et, en ce sens-là, nous, on est d'accord que ce soient les agences qui le fassent. Cependant, on peut comprendre qu'un avis du RUIS a une dimension, je dirais, politique importante et un poids important, et d'autant plus que, l'avis du RUIS, l'agence va être présente avec nous lorsqu'on va en discuter. Mais, en ce sens-là, les agences vont quand même, je pense, bien y penser deux fois avant de dire non à un RUIS, là. Il va falloir qu'il soit bien étayé, là, comme argumentaire.

Mme Charest (Rimouski): Oui. Mon collègue veut vous poser une question, M. le Président.

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

M. Bouchard (Vachon): Merci. Bonjour, M. Larivière, M. Moysan. Peut-être tout simplement à titre d'information, une petite capsule très rapide de votre part, s'il vous plaît, pour éclairer ma lanterne: nombre de CAU au Québec et nature de ces CAU, positionnement territorial?

M. Larivière (Michel): Alors, il y a six CAU au Québec et...

Une voix: ...

M. Larivière (Michel): À notre table à nous, là, oui. Ça recouvre plusieurs parties, là, à Québec, à Montérégie, à Montréal, à Chicoutimi. Alors, vous voyez, ça représente relativement bien le Québec, je dirais.

M. Bouchard (Vachon): Est-ce qu'il y a de ces CAU qui sont plus identifiés à des thématiques particulières que d'autres?

M. Larivière (Michel): Oui. Je dirais qu'il y a certains centres affiliés qui ont une vocation qui dépasse la région. Je pense, par exemple, à Maisonneuve-Rosemont ou à Sacré-Coeur ou le CHA de Québec qui fait de la traumatologie tertiaire, donc vaste territoire, là, qui fait quatre, cinq régions, alors qu'il y en a d'autres comme Chicoutimi, par exemple, qui a vraiment une responsabilité uniquement pour sa région. Alors, s'il y a une distinction, elle se fait à ces deux niveaux-là. C'est pour ça que tantôt je parlais peut-être de catégories ou de centre affilié régional avec une vocation universitaire régionale et une vocation suprarégionale. Alors, c'est cette distinction-là qu'on souhaite qui soit faite.

M. Bouchard (Vachon): M. le Président. Est-ce qu'il y en a qui sont à un caractère plus social et d'autres plus santé?

M. Larivière (Michel): Je dirais qu'on a tous une mission santé et services sociaux. S'il y aurait une distinction à faire, là, la responsabilité différente, c'est tous des CAU, mais le CSSS de Chicoutimi, c'est le seul parmi nos centres hospitaliers qui est un CSSS donc avec une dimension, une responsabilité plus sociale, je dirais, plus directe, là.

M. Bouchard (Vachon): Si...

M. Moysan (Hervé): Vous aviez... Excusez-moi, juste pour compléter. Vous aviez anciennement des CLSC qui avaient également une mission universitaire, qui étaient des centres affiliés universitaires, et donc il y a de nouveaux CSS qui éventuellement pourraient avoir une mission de centre affilié universitaire. Mais ils ne sont pas membres de la Table des centres hospitaliers affiliés universitaires pour le moment.

M. Bouchard (Vachon): M. le Président, si vous permettez. Est-ce qu'ils l'ont déjà été? Est-ce que ces centres affiliés universitaires à caractère plus première ligne, social très souvent, ont déjà été associés à la table?

M. Larivière (Michel): Bien, non, parce qu'ils viennent d'être nommés. C'est le centre de Chicoutimi qui vient d'être nommé CSSS. Alors, ça vient d'être nommé, donc...

M. Bouchard (Vachon): Oui, mais les CAU, les CAU existaient bien avant.

M. Moysan (Hervé): Les CLSC n'étaient pas membres anciennement de la table.

M. Larivière (Michel): Non. Les CLSC centres affiliés universitaires ne faisaient pas partie de notre table à nous.

M. Bouchard (Vachon): Très bien. Si les CAU disparaissaient demain matin, qu'est-ce qu'on manquerait dans notre système?

M. Moysan (Hervé): Je pense que j'ai parlé pour les CAU, bien qu'une dimension davantage régionale. J'ai signalé, tout à l'heure, que je pense qu'ils sont un apport pour le réseau universitaire intégré, les RUIS. Ils apportent justement toute la dimension d'une région. On pense à la région Chaudière-Appalaches dans le RUIS de l'Université Laval, donc un hôpital qui couvre l'ensemble des services spécialisés, qui donne donc un bassin d'enseignement, si vous voulez, très général et très complet à la population étudiante d'un territoire donné. À l'inverse, c'est également une richesse pour le centre hospitalier que d'avoir une mission universitaire. Ça permet un recrutement plus relevé, disons, d'équipe médicale. Ça permet une technologie de pointe également, qui en définitive conforte et confirme la mission de centre hospitalier sur un territoire donné.

M. Bouchard (Vachon): Alors, écoutez, merci de ces informations préalables. C'est parce que je voulais vous entendre de nouveau sur votre inquiétude quant à la banalisation des CAU dans le projet de loi. Le ministre n'a pas commenté. Je lui laisse l'occasion de le faire s'il le veut. Mais vous déplorez le fait que les CAU, à plusieurs endroits, ne sont pas mentionnés comme étant des entités visibles et explicitement identifiées dans le projet de loi. Est-ce que le ministre peut réagir à ça?

M. Couillard: Bien, certainement, M. le Président. Ils sont déjà mentionnés dans la loi de santé et de services sociaux. C'est M. Rochon, à l'époque, qui avait édicté les différents types de désignation. Il n'y a absolument rien de changé.

Pour ce qui est de la question du député de Vachon sur les missions sociales, bien il y a actuellement une réflexion en cours pour faire un peu le même genre d'organisation que le RUIS mais de façon spécifique pour le milieu social. Très intéressant, d'ailleurs.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, le temps est écoulé. M. Larivière, M. Moysan, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de la Table des centres affiliés universitaires.

Et j'invite maintenant les représentantes du Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services (santé et services sociaux du Grand Montréal), à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission poursuit ses travaux, et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentantes du Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services (santé et services sociaux du Grand Montréal).

Mme la présidente du regroupement, Mme Rodrigue, bonjour, bienvenue à cette commission. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation — et je suis obligé d'être assez strict dans l'attribution du temps — et ce sera suivi par un échange d'une durée maximale de 25 minutes partagées équitablement entre les deux côtés de la table. Je vous prie de présenter les personnes qui vous accompagnent et de débiter votre présentation.

Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services (santé et services sociaux du Grand Montréal)

Mme Rodrigue (Léna): Merci beaucoup. Alors, je vous présente Mme Hélène Bousquet, qui est ombudsman et commissaire local à la qualité des services de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, et Mme Christiane Chouinard, qui est commissaire à la qualité des services adjointe au CHU de Sainte-Justine.

D'abord, bonjour tout le monde. Nous sommes honorées de votre invitation à venir présenter nos réflexions, les réflexions du Regroupement des commissaires locaux du Grand Montréal suite au dépôt du projet de loi n° 83. Nous souhaitons vous exprimer notre satisfaction générale à l'égard des principaux changements

proposés dans ce projet de loi, particulièrement en ce qui a trait aux rôles et aux fonctions des commissaires locaux. Nous aimerions excuser auprès des membres de la commission notre collègue et vice-présidente Mme Francine Drouin, qui devait être avec nous et qui est retenue à Montréal pour des raisons de santé.

Notre mémoire porte tout particulièrement sur quatre sujets concernant le rôle du commissaire local et la procédure d'examen des plaintes. Notre regroupement existe depuis 1995 et est composé de commissaires locaux et de commissaires locaux adjoints. Il compte une cinquantaine de membres provenant d'établissements de différentes missions dont les centres hospitaliers universitaires, soit Montréal, McGill, Sainte-Justine, les hôpitaux universitaires affiliés de soins généraux et spécialisés, les centres hospitaliers de soins généraux, les hôpitaux psychiatriques des centres hospitaliers de soins de longue durée et des CLSC.

Plusieurs de nos membres recevaient les plaintes des usagers avant même la mise en place des premiers postes de responsable de plaintes en 1995. Nous souhaitons donc partager avec vous l'expérience acquise au cours des nombreuses années, auprès des usagers des établissements dans le traitement de leurs plaintes. Notre travail s'effectuant directement dans les établissements, nous sommes donc tout près de la réalité quotidienne vécue par les usagers.

Notre mémoire porte donc sur quatre points suivants: le traitement d'une plainte et l'amélioration de la qualité des services, concepts distincts, ce sujet sera présenté par Mme Hélène Bousquet; l'exclusivité de la fonction de commissaire local, citée à l'article 31, alinéa 2, versus la possibilité d'assumer toute autre responsabilité prévue au plan de l'organisation énoncée à l'article 33.11°, sujet qui sera présenté par moi; l'obligation du commissaire local de communiquer dorénavant toutes ses conclusions motivées au conseil d'administration; et le rôle du comité de vigilance et son lien avec le commissaire local. Ces deux sujets seront présentés par Mme Christiane Chouinard.

Je laisse donc la parole à Mme Bousquet sur le premier sujet.

• (11 h 10) •

Mme Bousquet (Hélène): Bonjour à tous. Traitement des plaintes et amélioration de la qualité des services: concept vraiment distinct? En mars 2004, notre regroupement est venu faire des représentations au groupe de travail nommé par le ministre chargé d'étudier le mécanisme des plaintes. La dimension qualité avait d'ailleurs été abordée en lien avec le rôle des commissaires locaux à la qualité des services en précisant que ce sont des acteurs de première ligne, on s'entend, dans l'approche qualité. À cet effet, une de nos recommandations était à l'effet que les commissaires fassent partie ex officio de tous les comités reliés à l'amélioration de la qualité afin qu'ils puissent faire part de leurs recommandations de même que toutes les observations recueillies lors de l'examen de leurs plaintes, observations, disons-le, qui sont très utiles pour un établissement.

Vous retrouvez cette notion à la page 3 du présent mémoire qu'on vous a soumis, au deuxième paragraphe où, je pense, que par notre expérience on est en mesure de vous affirmer que le mécanisme d'examen des plaintes est d'abord et avant tout un moyen privilégié

pour les usagers d'exprimer ce qui leur paraît important de voir améliorer non seulement pour eux-mêmes mais pour tous les usagers en général. L'utilisateur donc qui exprime son insatisfaction devient un acteur actif dans le processus d'amélioration de la qualité des services. Ses commentaires ou suggestions dans ce contexte deviennent des outils essentiels pour nous, les commissaires, afin de mieux connaître, comprendre et permettre à nos établissements d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et des services offerts aux usagers. Or, la proposition du législateur dans le projet de loi n° 83 suggère que cette notion d'amélioration de la qualité des services soit retirée de tous les articles qui traitent des fonctions des commissaires locaux.

De plus, il suggère que le nom du commissaire local soit changé en commissaire aux plaintes. Or, ce changement de nom est plus qu'un changement de dénomination. Le législateur a voulu ainsi centrer les responsabilités du commissaire sur le traitement des plaintes et rappelle que la gestion de la qualité des services est une responsabilité clairement dévolue aux administrateurs des établissements et aux agences.

Notre dilemme. Doit-on réduire le rôle, les responsabilités des commissaires au seul traitement des plaintes et recommandations visant le respect des droits des usagers et la satisfaction de la clientèle alors que nous sommes en présence de chacune des valeurs suivantes, soit la reconnaissance des droits des usagers, la transparence et l'intégrité du processus du traitement des plaintes, la crédibilité du régime de protection, l'amélioration bien sûr continue de la qualité des services et l'utilisation optimale des ressources?

Nos membres estiment que le seul traitement des plaintes ne peut pas être garant du respect des droits des usagers et de la satisfaction de la clientèle. C'est en association avec les mécanismes visant l'information, l'assistance, le respect et la protection des droits des usagers, la prestation sécuritaire des services et l'amélioration de la qualité des services que le traitement des plaintes est véritablement utile.

D'ailleurs, le ministre Couillard abondait dans un communiqué, le 10 mars dernier, que «la qualité des soins [...] va de pair avec le respect des droits des usagers». Ce qu'on comprend, c'est que le conflit de valeurs semble se situer d'une part entre la reconnaissance des droits des usagers et la crédibilité du régime d'examen des plaintes. Nos membres sont en désaccord avec la proposition du législateur de séparer de façon très distincte les plaintes et le volet qualité. Cela risque de réduire nos fonctions à un rôle réactif plutôt qu'à un rôle proactif qui, lui, est axé sur la prévention des insatisfactions et des plaintes.

Or, le commissaire, lorsqu'il traite une plainte, il doit toujours considérer dans ses démarches l'approche qualitative des services et des soins offerts. Il ne peut dissocier cette qualité quand il adresse des recommandations à son établissement. Alors, dorénavant, si on tient compte du projet qui est sur la table, le commissaire se verrait limité à formuler des recommandations seulement en matière de respect des droits des usagers et la satisfaction de la clientèle.

Qu'est-ce que c'est, la satisfaction de la clientèle? Que veulent la plupart des usagers? Très rares sont ceux qui se plaignent pour se plaindre. Ce qu'ils veulent,

c'est que la situation qui leur est arrivée ou l'insatisfaction qu'ils sont victimes n'arrive pas à une autre personne. L'examen donc de leur plainte ou insatisfaction amène les commissaires à faire des recommandations qui sont en lien direct avec l'amélioration de la qualité. Alors, est-ce qu'on veut vraiment se passer de ces commentaires ou suggestions ou du rôle actif des usagers dans le processus d'amélioration de la qualité de nos établissements en retirant par le projet de loi, je dis bien, la possibilité par nous, les commissaires, de faire des recommandations sur l'amélioration de la qualité des services offerts à ces mêmes usagers?

Une plainte, disons-le, est un instrument de la mesure de qualité des services, mais aussi un outil qui permet de corriger les éléments dysfonctionnels qui peuvent affecter la qualité des services à ces mêmes usagers. Alors, le fait d'ajouter le mot «qualité» au nom du commissaire aux plaintes ne fera pas de cette personne le seul porteur de la qualité parce qu'il doit se préoccuper de la qualité des services de son organisation, puisque c'est avant tout une responsabilité organisationnelle qui revient, je pense, à chaque personne qui oeuvre dans les établissements.

Par conséquent, nous croyons fermement que la volonté de changement doit permettre l'arrimage entre la qualité et les plaintes et permettre aux commissaires aux plaintes de trouver leur place au sein des organisations en tant qu'acteurs et partenaires de premier plan dans la réorganisation au niveau du processus d'amélioration continu de la qualité des services. L'inverse les priverait d'une dimension systémique du traitement d'une plainte en les maintenant toujours en position de réaction.

De plus, le Commissaire peut également intervenir, on le sait, dans toute situation qui est portée à sa connaissance et qui affecte les soins et les services sans que les usagers en aient été les initiateurs. Ces interventions, encore là, seront efficaces et efficientes si le Commissaire devient un élément clé de l'organisation par son implication dans tous les comités reliés non seulement au respect des droits des usagers et à la satisfaction de la clientèle, mais aussi à l'amélioration de la qualité des services. Il peut alors être un acteur important du développement d'une culture de qualité au sein de son organisation.

L'association qualité-plainte ne peut donc être dissociée. L'examen d'une plainte va toujours conduire à une démarche dont l'objectif est l'amélioration continue de la qualité des services, car c'est l'essence même du rôle du commissaire. Alors, ajouter le mot «qualité» à la fonction Commissaire aux plaintes est selon nous une extension directe des attentes et des personnes insatisfaites ou des personnes qui portent plainte, qui désirent que les choses changent et qui considèrent que leur démarche en est une d'amélioration de la qualité.

Il faut donc, selon nous, permettre — tel qu'il figure au troisième paragraphe de la page 3 — au commissaire de poursuivre son implication dans le processus global de l'amélioration de la qualité. Pour ce, il nous semble essentiel que soit préservée l'implication directe du commissaire auprès des comités responsables de la qualité et des risques de leur établissement afin de s'assurer du transfert de ces outils et ainsi éviter que l'information quantitative soit privilégiée au détriment de l'information qualitative.

Alors, pour ces raisons, nous réitérons la recommandation qui figure à notre mémoire à l'effet qu'on ne souhaite pas dissocier le rôle et les responsabilités du commissaire local du concept d'amélioration de la qualité des services et que la fonction soit dorénavant identifiée commissaire aux plaintes et à la qualité. De plus, nous profiterons de cette tribune pour réitérer la recommandation qui figurerait à notre mémoire déposé au groupe de travail en mars dernier, qui était chargé d'étudier le mécanisme d'examen des plaintes, à savoir que les commissaires locaux deviennent des membres ex officio de tous les comités reliés à l'amélioration de la qualité des services, ce qui inclut bien sûr les comités reliés au respect des droits des usagers... cette section de la clientèle.

Alors, sur ça, je vous remercie de votre attention et je passe la parole à Mme Rodrigue, qui vous entretiendra de l'importance de l'exclusivité de nos fonctions.

Mme Rodrigue (Léna): Merci, Hélène. Nous constatons avec plaisir que le législateur a voulu, par la modification de l'article 31, alinéa 2, signifier sans ambiguïté l'indépendance du commissaire local en prévoyant l'exclusivité de la fonction. Nous rappelons que c'est le choix du législateur depuis 2001 de voir l'application de ce principe figurer à la loi. Nous avions déjà signifié d'ailleurs notre point de vue à ce sujet dans notre mémoire présenté au groupe de travail sur les mécanismes d'examen des plaintes.

Le regroupement retient trois énoncés clés concernant le rôle du commissaire: l'indépendance du commissaire, l'exclusivité de la fonction, l'absence de conflits d'intérêts dans la pratique. L'utilisateur s'attend à ce que le commissaire local soit un interlocuteur crédible, indépendant des décisions administratives, qu'elles soient d'ordre budgétaire ou organisationnel. Pour l'utilisateur, le commissaire local doit être soucieux de ses droits de recevoir les soins et les services de qualité. Il s'attend à obtenir les explications et les correctifs appropriés en regard des soins et des services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir de l'établissement.

Présentement, dans plusieurs établissements, le rôle du commissaire local est confié à des gestionnaires, souvent cadres supérieurs responsables de la direction de plusieurs services. Ces commissaires locaux gestionnaires sont souvent appelés à participer aux décisions administratives d'ordre budgétaire, opérationnel ou organisationnel. Ce cumul de fonctions est, selon le regroupement, incompatible avec la nécessaire indépendance requise pour occuper les fonctions de commissaire local.

Il est faux de prétendre que le cumul des fonctions du commissaire local et de gestionnaire ne génère pas de situations de conflits d'intérêts. Nous, nous sommes d'avis que ceci empêche le commissaire local de garder l'objectivité nécessaire pour accomplir son travail d'enquête et faire les recommandations qui s'imposent pour améliorer les soins et les services pour les usagers, et ce, sans égard aux contraintes soulevées souvent par les gestionnaires.

De plus, certains de ces commissaires locaux gestionnaires n'exercent au quotidien aucune des fonctions du commissaire local, les déléguant entièrement à un ou des adjoints. Il est par contre celui qui s'entretient avec le directeur général ou le conseil d'administration

sur les motifs de plaintes et les raisons qui ont mené à des recommandations ou non et présente le rapport annuel. Nous croyons que ceci favorise les conflits d'intérêts dans la pratique d'abord entre le commissaire local et le ou les adjoints nommés et surtout lorsque la plainte d'un usager concerne un service ou un employé dont le gestionnaire est lui-même le commissaire local.

• (11 h 20) •

On vous a sûrement dit ou on vous dira que la mixité des fonctions découle parfois du fait que certains établissements ne reçoivent pas suffisamment de plaintes pour permettre l'ouverture d'un poste de commissaire local. Ceci restera vrai si chacun des établissements persiste à vouloir garder sous son toit un commissaire local ou un commissaire local adjoint en raison de sa connaissance de la culture du milieu et des fonctionnements. Nous croyons qu'avec l'implantation des réseaux locaux, un seul commissaire nommé peut recevoir et traiter les plaintes en partageant son temps dans plusieurs établissements constituant ce réseau.

Quant à l'argument concernant la culture du milieu et la connaissance des fonctionnements, nous avons l'exemple des délégués du Protecteur des usagers qui traitent les plaintes en deuxième instance dans différents établissements. Alors, pourquoi ceci ne serait-il pas possible pour les plaintes reçues en première ligne? Ceci permettrait d'assurer l'exclusivité de la fonction.

Comment maintenant assurer l'indépendance du commissaire local? Que le commissaire local relève du conseil d'administration est sans aucun doute un premier pas vers l'indépendance, mais ceci soulève déjà des grands remous au sein des organisations. La transmission des recommandations du commissaire local doit se faire sans intermédiaire au conseil d'administration. Il faut éviter que le commissaire local doive faire rapport à un supérieur d'un premier palier hiérarchique, qui transmettra à son tour à un deuxième palier hiérarchique, qui transmettra à son tour au directeur général ou au conseil d'administration. Le commissaire local est loin du lien direct prévu dans la présente loi et proposé dans le projet de loi n° 83.

Le législateur ne doit pas oublier que le commissaire local est une source d'information riche provenant des usagers qui utilisent les services des établissements. Le commissaire local doit donc avoir toute la légitimité de transmettre ces recommandations au conseil d'administration sans intermédiaire. Le commissaire local étant l'intermédiaire de l'utilisateur pour donner suite et mener à bien l'examen de sa plainte, la question demeure entière.

Quelle est la place que l'on entend donner aux usagers qui veulent exprimer leur mécontentement des soins et des services? Nous croyons que l'établissement doit reconnaître le commissaire local comme étant un partenaire et un élément clé dans le processus d'amélioration de la qualité des soins et des services. Tout commence par le respect du rôle et des fonctions du commissaire local et de l'uniformité de son statut au sein des établissements. En effet, comment expliquer autant de disparité dans les statuts des commissaires locaux? Ils passent de postes de cadres supérieurs à cadres intermédiaires avec différentes classes salariales, d'employés syndiqués non syndiqués, d'employés contractuels payés par l'établissement ou par leur fondation. L'indépendance

du commissaire local doit donc commencer par une reconnaissance de la place qu'on entend lui donner au sein de l'organisation par la garantie d'un lien direct avec le conseil d'administration et l'uniformisation de son statut d'emploi.

Tous ces éléments doivent être considérés par le législateur. L'application future par les établissements du principe de l'exclusivité des fonctions prévues à l'article 31, alinéa 2, alors que l'article 33.11°, énonce que le commissaire local peut assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation, nous préoccupe. En effet, ceci nous apparaît contradictoire et risque de permettre aux établissements le maintien du cumul de fonctions. Il est donc souhaité que le législateur précise et indique clairement sa volonté.

Les membres de notre regroupement ont tenté à maintes reprises de reformuler le libellé de l'article 33.11°, pour éviter qu'il entre en conflit avec l'exclusivité des fonctions à l'article 31. Le libellé de l'article 33.11°, on ne vous le cache pas, a été brassé de tous bords et de tous côtés, et, quoique nous croyons qu'il y a encore lieu de le rebrasser, le regroupement suggère le libellé suivant:

«11° que le commissaire local puisse assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement pourvu qu'elle ne soit pas reliée à des fonctions administratives et qu'elle soit uniquement reliée au respect des droits des usagers, à l'amélioration de la qualité et à la satisfaction de la clientèle.»

Pour les deux sujets suivants, je passe la parole à Mme Chouinard.

Mme Chouinard (Christiane): Bonjour. Moi, maintenant, je vais aborder la question concernant le comité de vigilance et le dépôt des conclusions motivées du commissaire local au conseil d'administration.

Le Président (M. Copeman): Mme Chouinard, je veux juste vous signaler, il vous reste un peu plus que deux minutes et demie, là.

Mme Chouinard (Christiane): Oupelaïe! On va essayer de faire ça bref.

Les commissaires locaux sont les yeux et les oreilles de la clientèle en regard des soins et services qu'ils ont reçus ou qu'ils auraient dû recevoir. Dans ce sens-là, la connaissance et l'expertise du commissaire, elle est vraiment indéniable dans ce domaine-là, et c'est pourquoi on considère que la qualité de la recommandation est très bonne.

Malgré ces avantages et la réglementation qu'on a actuellement, on constate que le travail du commissaire est parfois contrecarré, que l'on pense au cas de Saint-Charles-Borromée. Le législateur, face à cette problématique, propose trois choses, c'est-à-dire que les commissaires locaux relèvent du conseil d'administration, créent un comité de vigilance et, en dernier lieu, une proposition intéressante, c'est que le comité de vigilance soit composé de trois membres du C.A. qui n'ont pas de lien d'emploi avec l'établissement, proposition avec laquelle, nous, en tant que regroupement, on est entièrement d'accord.

En ce qui concerne la composition du comité de vigilance, nous aimerions vous suggérer quelque chose qui n'apparaît pas dans notre mémoire: c'est que le

représentant du comité des usagers au C.A. soit nommé d'office sur le comité de vigilance, et ceci, tel que mentionné dans le groupe de travail du ministère.

Je vais faire bref à ce niveau-là, faire profiter de mon expérience. Je fais partie du comité des usagers du CHU Sainte-Justine depuis sept ans, et je puis vous dire que ce serait un apport extrêmement intéressant pour les besoins de la clientèle, qui des fois ne vont pas toujours dans le même sens que les objectifs de l'établissement. C'est de petites choses, mais que, quand nous on entend régulièrement des plaintes, je vous dis ça vite, vite, vite, là, il y avait des manques au niveau de salles d'allaitement, salles de gavage. Et puis, ils ont quelque chose de vraiment extraordinaire, c'est leur souci qu'ils ont au niveau des relations interpersonnelles. D'ailleurs, chez nous, on se bat depuis plusieurs années pour sensibiliser les intervenants à une annonce de diagnostic difficile.

Ça, ça va pour ça. Maintenant, je voudrais vous présenter notre position quant aux liens qu'entretiendra le commissaire avec le comité de vigilance. À l'article 30, il est proposé que le commissaire relève du C.A. pour préserver son indépendance. Ceci permettra au C.A. d'être informé des recommandations du commissaire local et, par la même occasion, assurer au commissaire local le support du C.A. dans le suivi qui lui sera accordé à ses recommandations. Nous comprenons, à la lecture de l'article 181.0.1, que le suivi des recommandations émanant du commissaire sera... des fonctions principales du comité de vigilance. D'autres responsabilités aussi vont lui être dévolues en rapport aux tâches du commissaire.

Curieusement, hein, curieusement, les changements proposés ne font aucun lien direct entre ce comité et le comité local, comme si ce comité ne recevait ses consignes et informations que du C.A. et ne répondait qu'à ce même C.A. Dans ce contexte-là, comment peut-il faire des représentations nécessaires au C.A. en regard des besoins du commissaire si ces liens-là ne sont pas faits? Ne serait-il pas préférable que le commissaire transmette directement ses recommandations au comité de vigilance plutôt qu'au C.A.? Afin d'éviter toute ambiguïté sur l'objectif du législateur, si le législateur... est de voir le commissaire relever du C.A. par l'intermédiaire du comité de vigilance. Et ce sera aussi...

Le Président (M. Copeman): Mesdames, on est obligés de le laisser là, mais je suis sûr et certain qu'il y a certains points qui vont sortir lors de l'échange avec les parlementaires. Malheureusement, on a déjà dépassé le temps alloué.

M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Mme Rodrigue, Mme Bousquet et Mme Chouinard, pour votre présentation. Je veux dire que beaucoup de points que vous abordez font partie soit de ce qui est déjà dans le projet de loi ou ce que nous envisageons ajouter en termes de bonification suite aux auditions de la commission. Il y a trois aspects, si on a le temps, que j'aimerais couvrir avec vous.

D'abord, la question de la qualité par rapport au plan, je crois que c'est Mme Bousquet qui a couvert ça en premier, et ça, c'est vraiment au coeur de la réflexion

qu'on doit avoir pour avoir un projet de loi qui reflète l'intention du législateur.

Quel est, donc, le but initial de ces changements au traitement des plaintes? On sait que la plupart de ces changements, ne le cachons pas, viennent des événements tragiques et déplorables qu'on a eus dans plusieurs établissements. Et qu'a-t-on constaté lors de ces événements? C'est essentiellement une déconnexion — puis là je rejoins tout à fait vos propos, pardon — une déconnexion entre le traitement que je qualifierais d'administratif de la plainte, l'amélioration de la qualité qui s'ensuit et un retour par la suite à l'organisation pour s'assurer que l'amélioration de qualité se poursuit. Donc, vous voyez qu'on a des buts similaires.

● (11 h 30) ●

Deuxième chose pour le nom, parce que les noms et les mots sont importants, dans les groupe de travail auxquels vous avez fait allusion, il y avait plusieurs représentations des patients ou des usagers qui nous ont dit: Écoutez, nous, on n'aime pas ça que ce soit «commissaire à la qualité», parce qu'on ne sait pas où aller si on a une plainte à poser. Puis quand on voit ça à la porte, on se dit: Ils ne seront pas intéressés à nous entendre avec notre plainte. Bon. On sait que ce n'est pas le cas, mais c'est ce qu'ils perçoivent. Alors donc, d'où, dans le projet de loi, la notion de «commissaire aux plaintes», mais on a démontré plusieurs fois dans la commission qu'on était prêts à y ajouter le versant qualité. Mais là se produit la difficulté qu'il faut résoudre, et je suis tout à fait disposé à la résoudre dans les lignes de ce que vous avez recommandé, c'est que le commissaire local devient donc quelqu'un qui constate le problème, ce problème devenant un outil d'amélioration de la qualité, le transmet à l'organisation, mais c'est l'organisation qui a la mission de faire les changements d'organisation, les changements de culture, les changements de pratique qui vont amener l'amélioration de la qualité. Et il ne faudrait certainement pas qu'il y ait un conflit de rôles, là, perçu: que d'une part l'organisation administrative de l'établissement ait l'impression qu'ils peuvent se décharger de cette mission sur le commissaire local ou, inversement, que le commissaire local ne voit pas la frontière entre ce qui doit être fait au point de vue de l'organisation de l'administration et son rôle d'alarme.

Alors, j'aimerais ça que vous nous précisiez comment est-ce qu'on réussit à faire, qu'on est disposé à faire l'ajustement et comment est-ce qu'on le fait en respectant ce désir de conserver cette définition assez claire des rôles? Il ne faut pas que ce soit ambiguë ni incertain pour personne, qui est responsable de quoi.

Mme Rodrigue (Léna): Dans votre question, je retiens quelque chose de bien important et pour laquelle nous sommes tous d'accord: l'usager doit bien reconnaître que, lorsqu'il veut faire une plainte, il vient voir un commissaire aux plaintes. Ça, on n'a pas d'objection à ce sujet-là, et ça doit être identifié de cette façon-là. D'autre part, le Commissaire aux plaintes a, je crois, avec la réception du nombre de plaintes, de commentaires des usagers qu'ils leur font, a un bagage à aller transmettre au conseil d'administration ou à la haute direction, des éléments qui lui sont confiés, des éléments d'insatisfaction qui lui sont confiés par les usagers, et

c'est cette transmission-là de tous ces éléments-là qui deviennent un outil supplémentaire de gestion de la qualité qu'on doit conserver pour ne pas que notre travail, que le travail soit ciblé comme s'arrêtant à une réception de plaintes, l'examen de plaintes, des conclusions. Il faut que, l'ensemble de notre travail, il nous soit permis de le transmettre à la haute direction, au conseil d'administration pour que, eux, ça leur donne un outil supplémentaire avec d'autres outils qu'ils ont à l'intérieur de l'établissement, de mesures, mais un outil supplémentaire de mesure pour travailler sur l'amélioration de la qualité des soins et des services.

On voudrait faire valoir que le commissaire ne doit pas être un membre à part où il fait ses choses et qu'il n'a pas à discuter de tous ces éléments d'ensemble qui à mon avis est un bagage très riche pour les directions et les conseils d'administration qui ont la responsabilité, comme vous le dites si bien, de la qualité des soins et des services dans leur établissement.

M. Couillard: Le comité de vigilance maintenant. J'apprécie la suggestion que vous faites de créer un lien plus formel entre le commissaire local et le comité. Quant à la composition maintenant, vous insistez sur le fait qu'aucun membre de ce comité ne devra avoir de lien d'emploi avec l'établissement. Cependant, au cours de nos délibérations, ici, ils sont venus, les directeurs généraux d'hôpitaux, et je dois dire que j'ai été assez sensible à leurs arguments, où eux demandent d'être ex officio membres du comité de vigilance avec la logique suivante: ils seront en charge d'appliquer les modalités d'amélioration de la qualité, et il leur semblerait anormal — et, me mettant un peu dans leurs souliers, je peux comprendre pourquoi ils ont cette sensation — d'être avisés en fin de processus qu'il y a tel ou tel problème organisationnel ou tel problème de qualité dans leur établissement.

Moi, je trouve que c'est une demande raisonnable que le directeur général soit membre du comité de vigilance. Qu'est-ce que vous en pensez?

Mme Rodrigue (Léna): Écoutez, moi, je vais vous dire que, dans la pratique quotidienne... La pratique quotidienne, au niveau du volume, M. Couillard, ne nous permettrait pas de discuter deux fois par année avec un comité de vigilance pour lui dire ce qui se passe dans l'établissement. Je pense qu'en aucun cas on ne doit pas garder à l'intérieur de l'organisation le lien de partager avec la haute direction les problématiques qui sont soulevées par les usagers à l'intérieur de son établissement. Là n'est pas la question, la question est: Est-ce que... et, de façon quotidienne ou hebdomadaire, on ne pourra pas demander, rencontrer le comité de vigilance. Je ne crois pas que, dans la pratique, ce soit possible.

Les recommandations, ça ne se fait pas sur chacune des plaintes mais ça se fait de façon assez régulière lorsqu'on traite des plaintes. Si on a un petit volume, c'est une chose, mais, quand on a un volume assez élevé de plaintes, c'est autre chose. Alors, je pense que ce qui est important, c'est de voir à, lorsqu'il y a une autre possibilité où est-ce qu'il n'y a pas de suivi donné à une recommandation du commissaire local par la haute direction, les commissaires locaux aient une porte d'entrée, qui serait le comité de vigilance, pour se faire

entendre et élaborer sur les recommandations qui ont été faites et qui n'ont pas de suivi. Parce que là est la question: lorsqu'on fait des recommandations et que les directions assurent le suivi de nos recommandations, là n'est pas le problème. Le problème est lorsque, à ces mêmes recommandations, il n'y a pas de suivi qui accordé à ces recommandations-là. Et c'est là que la commissaire locale a besoin d'une porte d'entrée pour pouvoir faire part des recommandations qui ont été faites et qui n'ont pas eu de suivi.

M. Couillard: Mais quant à la présence du D.G. dans le comité de vigilance, moi, ça ne me paraît pas une mauvaise chose que le D.G. soit sur le comité de vigilance. Mais, d'après ce que vous dites, vous sembleriez vous opposer parce que vous dites que personne du comité ne doit avoir de lien d'emploi avec l'établissement. Et il me semble que, pour le directeur général ou la directrice générale, il me semble qu'il y a là quelque chose à considérer, non?

Mme Chouinard (Christiane): Est-ce que peut-être le cas de Saint-Charles-Borromée pour lequel il a été extrêmement médiatisé puis il nous a sensibilisés à ce problème-là. Le comité de vigilance ne se réunira pas de façon à toutes les semaines, on va automatiquement passer par le D.G. Est-ce qu'il arrive une situation comme il s'est passé là-bas, le D.G. et le secrétaire de conseil d'administration? Je veux dire, peut-être les mauvaises expériences du passé nous préoccupent aussi.

M. Couillard: Bien, l'autre utilité de ça pour moi, c'est également de faciliter l'adhésion, parce que vous avez peut-être suivi les autres personnes qui sont venues témoigner ici. Si on classifie les associations d'établissements et les représentants des cadres des établissements, eux, ils souhaitaient même qu'on recule sur la dépendance du...

Mme Chouinard (Christiane): On est au courant.

M. Couillard: On ne reculera pas, c'est quelque chose qui est essentiel pour nous. Cependant, leur autre remarque était celle-ci: Ne nous mettez pas dans une situation où nous nous sentons complètement exclus du processus. Je comprends ce que vous dites: C'est que, dans la vie quotidienne, vous allez souvent aller parler directement avec le directeur général d'un problème. Mais sur le plan formel, eux, on pourra étudier cette demande, mais ils demandaient qu'ils soient inclus au conseil d'administration... au comité de vigilance.

Dernier point rapidement, pour respecter le temps, la question de l'exclusivité. Bien, effectivement, c'est qu'il y a des centres de santé et de services sociaux qui n'ont pas la même taille. Alors, je pouvais même aller plus loin dans ce que vous disiez, de la même façon que le commissaire local peut s'installer et fonctionner sur les installations d'un CSS, un petit CSS de, je ne sais pas, 10 000 ou 15 000 personnes, on peut certainement envisager de partager le commissaire local entre deux territoires contigus. Mais le problème se situe surtout dans certains établissements spécialisés. Je vous donne l'exemple concret, c'est les centres de

réadaptation en déficience intellectuelle qui sont venus nous dire: Écoutez, on a un volume de plaintes extrêmement faible. On a, pour reprendre vos propos, une culture d'établissement et de clientèle assez particulière par rapport au reste du réseau, ça nous semblerait très difficile d'avoir une personne exclusivement dans cette tâche-là. Comment est-ce qu'on...

● (11 h 40) ●

Mme Chouinard (Christiane): À ce niveau-là, le CHU Sainte-Justine a intégré, il y a environ trois, quatre ans, Marie-Enfant, le centre de réadaptation Marie-Enfant. C'est moi qui maintenant s'occupe des plaintes de la clientèle de Marie-Enfant, et je peux vous dire que, à date, il n'y a eu aucun problème. C'est sûr et certain qu'il faut aller sur le milieu, il faut aller rencontrer les gens pour connaître la problématique. Peut-être que c'est plus long, mais, je veux dire, après quatre ans, je peux vous dire qu'il y a comme des liens qui se sont faits avec les différents gestionnaires, et ça nous aide énormément à la compréhension et à établir ou à faire des recommandations qui sont adéquates. Parce que je vais vous dire qu'effectivement j'ai pu constater que le CHU ultrasécialisé va à une vitesse ou a des préoccupations qui sont très rapides, alors qu'on arrive avec une clientèle en réadaptation qui est tout à fait différente, tout à fait différente parce que je pense qu'on s'adresse à des êtres humains. Quand les parents en réadaptation viennent me voir, à force de les entendre, on entend bien que l'accessibilité aux soins et services est une forte préoccupation et que le milieu de vie, le milieu de vie, pour eux, c'est extrêmement important, ce qu'on retrouve beaucoup moins au niveau de Sainte-Justine. En tout cas, l'expérience, moi, je l'ai vécue, puis je trouve que ça fonctionne très bien.

Mme Bousquet (Hélène): Personnellement, si je peux juste...

Le Président (M. Copeman): Brièvement, Mme Bousquet.

Mme Bousquet (Hélène): Pour faire partie d'un centre ultrasécialisé, donc l'Hôpital Rivière-des-Prairies, effectivement mon poste est un poste à temps partiel, et je suis à deux jours et demi. Donc, ça me permet parfois de cumuler d'autres fonctions ailleurs, mais je peux comprendre très bien la préoccupation que les établissements ont que ça ne remplit pas un poste cinq jours-semaine. Alors, est-ce qu'on ouvrira des postes à temps partiel? Est-ce qu'on permettra, comme la loi le prévoit, la possibilité, pour un commissaire, d'exercer ses fonctions dans d'autres établissements? Est-ce que ce n'est pas ça qui est préférable plutôt que de retourner à la formule ancienne, à savoir le cumul des fonctions, qui amenait une absence d'indépendance?

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. Bienvenue de la part de l'opposition officielle. Vous nous présentez un mémoire qui est étoffé par votre expérience, et je vois vous dire que, même si nous siégeons depuis le 9 février, donc bientôt deux mois, dites-vous

que votre point de vue est extrêmement pertinent parce qu'il est justement le fruit de cette longue expérience, là, que vous avez accumulée au sein du regroupement. Alors, je suis heureuse d'apprendre qu'il y a ce regroupement. J'aimerais vous entendre sur le regroupement. Il est bon fide? C'est volontaire? De combien de membres s'agit-il? Est-ce que ce sont surtout les établissements les plus importants? Devrait-il y avoir un lien plus étroit entre tous les commissaires? Lequel devrait-il être? J'ai compris aussi que la reconnaissance du rôle de commissaire va amener... Vous parliez d'uniformisation du statut d'emploi. Ça aussi, je pense que c'est un aspect important. L'un ne va pas sans l'autre, hein, je crois.

Alors, allons-y sur ce premier aspect, puis j'aimerais ensuite vous interroger sur le fonctionnement de l'ensemble du traitement des plaintes.

Mme Rodrigue (Léna): Le regroupement, en 1995, je vais vous dire, ça s'est fait de façon très, très, très simplement. Chaque commissaire local ou responsable de plaintes dans un établissement a un travail... est isolé, hein? On n'est pas 25 à qui on partage les plaintes. Ce n'est pas des caucus comme ça. Alors, on fait un travail très isolé. Et il y a moi, qui ai téléphoné à Notre-Dame, et ma collègue de Maisonneuve-Rosemont, que je ne connaissais pas et que j'ai appris à connaître en demandant comment on fait le rapport annuel, là. On regarde ça, puis c'est tout nouveau. C'était tout nouveau de présenter le rapport, puis, à plusieurs têtes, c'était probablement plus facile, là, de voir comment s'en sortir avec ce premier rapport annuel là qu'on devait remettre. Et notre première rencontre du regroupement — ça ne s'appelait pas comme ça, je dois dire — on était quatre et on a tellement aimé échanger ensemble, ça a tellement permis de briser l'isolement qu'on s'est promis de se revoir. Et, de bouche à oreille, une connaissant une autre commissaire locale, un autre commissaire local, et tout ça, et, de bouche à oreille, on en est rendu à une cinquantaine maintenant.

Mme Harel: ...femmes qui sont commissaires?

Mme Rodrigue (Léna): Il n'y a pas beaucoup d'hommes, mais on en prend bien soin.

Une voix: On essaie de les garder.

Mme Rodrigue (Léna): On essaie de les garder. On en prend bien soin. Disons qu'ils sont en très forte minorité.

Mme Harel: Il y a quand même encore et toujours une, comment dire, une approche sexiste des fonctions. Tous les directeurs qui sont venus étaient des hommes, et les commissaires qui se présentent sont des femmes. Alors, en fait, il y a encore, comment disions-nous, une approche...

Une voix: Systémique.

Mme Harel: ...systémique. Voilà.

Mme Rodrigue (Léna): Oui. Alors, voilà. Et puis, pour répondre à votre question, nous échangeons

effectivement beaucoup sur la procédure d'examen des plaintes à l'intérieur du regroupement, comment s'assurer que nos partenaires, nos collègues obtiennent la formation, hein, comprennent les processus, obtiennent la formation. Les nouveaux commissaires locaux qui sont nommés, qui sont très heureux de rencontrer des gens d'expérience qui font ça. Comme je vous dis, on a une collègue qui fait ça depuis 30 ans, moi, depuis 1989; alors, on a beaucoup d'expérience, même avant l'avènement des premiers postes.

Ce que je dois vous dire, c'est que, depuis les événements de Saint-Charles-Borromée, il y a eu, à l'intérieur de notre regroupement, beaucoup de questionnements qui se sont faits. Notre collègue de Saint-Charles-Borromée, bon, elle vivait une situation très difficile, et je dois dire que ça a effectivement remis en question toute la dimension de la possibilité et la liberté du commissaire local d'avoir un lien direct avec la haute direction pour aller expliquer dans des plaintes qui sont spécifiquement... ou qui pourraient être litigieuses pour un usager ou plusieurs d'avoir la porte d'entrée pour aller expliquer ces problématiques-là et les recommandations.

Mme Harel: C'est donc un progrès en fait, cette démarche vers la professionnalisation. Bon. Les questions très pratiques sont les suivantes: La désignation, dois-je comprendre que vous recommandez que ce soit une désignation mixte, c'est-à-dire à la fois en tant que commissaire locale des plaintes et de la qualité des services?

Mme Rodrigue (Léna): Comme commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Mme Harel: Qualité des services, donc une désignation tout en assumant que la qualité des services est une responsabilité collégiale, si vous voulez, ou de niveau plus administratif, disons, plutôt que collégial, là. Mais vous souhaitez maintenir ce lien pour que toute l'administration se rappelle à la nécessité d'introduire ce processus continu de qualité des services. C'est ça qu'il faut comprendre, hein?

Une voix: L'information doit couler.

Mme Rodrigue (Léna): Il faut surtout qu'il puisse utiliser toutes les informations qui sont transmises à nous par les usagers et que nous détenons pas seulement sur papier, mais aussi au niveau qualitatif. Vous savez, quand on va prendre une plainte, on ne la prend pas directement comme ça écrite, là; on est sur les lieux, le ventre collé sur la civière puis le dos sur le chariot des utilités. Alors, on est très, très près du patient et de toute l'émotion qu'il vit quand il croit que ses droits ont été lésés, quand il reçoit les soins et les services.

Alors, dans ce contexte-là, c'est une richesse que l'on a, comme commissaires locales, et que, nous, on se croit obligées de transmettre à la direction, au conseil d'administration, pour leur permettre de bien comprendre qu'à l'intérieur même de leur établissement il y a des gens qui demandent à être entendus sur tel ou tel sujet, ou point, ou insatisfaction.

Mme Harel: Je comprends également que, tel que libellé, le projet de loi dit une chose et son contraire

en regard de la disposition de la loi actuelle. Le projet de loi dit que ce sera une fonction exclusive, mais la loi actuelle prévoit, à l'article 33, paragraphe 11°, qu'il peut y avoir aussi d'autres charges administratives. Vous vous dites: Il faut, quoi qu'il advienne, qu'il y ait trois choses — j'ai bien noté: indépendance, exclusivité de fonction et pas de conflit d'intérêts, là. Mais je comprends que, pour cela, il faut que ce soit une fonction qui n'est pas... si elle est autre, qu'elle s'ajoute à la fonction de commissaire locale, il ne faut pas qu'elle soit dans la ligne de la hiérarchie administrative. C'est bien cela, hein?

Mme Rodrigue (Léna): C'est bien ça.

Mme Harel: Et donc vous recommandez un dispositif modifiant l'article 33, paragraphe 11°, pour que, dans tous les cas, il soit mentionné que cette fonction autre ne soit pas reliée à des fonctions administratives et qu'elle soit uniquement reliée au respect des droits des usagers, à l'amélioration de la qualité ou à la satisfaction de la clientèle. Alors ça, c'est un autre élément dont on aura sûrement l'occasion d'aborder au moment où on fera l'étude article par article du projet de loi.

● (11 h 50) ●

Sur le conseil d'administration, le comité de vigilance, le comité des usagers et votre rôle à l'intérieur de ça. J'aimerais vous entendre sur le fait que vous décriviez, là... Vous souhaitez — et j'imagine que c'est l'idéal — la relation continue avec la direction de l'établissement. Cependant, une loi, c'est comme des garde-fous. En fait, c'est comme un contrat de mariage; c'est quand ça va mal qu'on le sort. Alors, une loi, c'est un peu ça aussi. Ce n'est pas fait pour quand ça va bien, dans le fond. C'est comme un contrat. C'est fait au cas où ça aille mal.

Bon. Alors, vous, vous faites rapport au conseil d'administration. Si éventuellement tout va bien, ça va de soi. Mais, si ça va mal avec le directeur, c'est important d'être en relation avec le conseil d'administration. Je pense qu'on se comprend. Mais là vous dites: Il faudrait que vous soyez aussi sur le comité de vigilance ex officio. C'est ça que je dois comprendre? Vous voulez que le président du comité des usagers soit sur le comité de vigilance?

Mme Chouinard (Christiane): C'est-à-dire on est d'accord à ce qu'ils soient trois membres du C.A., dont un membre du C.A. qui est représentant du comité des usagers, et que, nous, il y ait des mécaniques qui font que régulièrement on soit en contact avec ces gens-là. Parce que, je veux dire, ça va nous donner l'occasion de bien saisir c'est quoi, les problématiques vécues. Puis, si, nous, on fait des recommandations, ils vont saisir le pourquoi de cette recommandation-là puis pas nécessairement de fait qu'on soit...

Mme Harel: Par quels mécanismes le seriez-vous... Vous ne seriez pas membre dans votre proposition.

Mme Chouinard (Christiane): Non. On est d'accord à ce que ce soient trois membres du C.A.

Mme Bousquet (Hélène): Le groupe de travail recommandait, dans son rapport remis en juin, qu'il y ait

une rencontre à raison de quatre fois par année minimalement du comité de vigilance et que, à ces rencontres-là, soient invités d'office le médecin examinateur, le commissaire et le président du comité de révision. Je pense que ça, c'est évident. On ne peut pas passer à côté. Il faut qu'il y ait un lien, mais ce lien-là n'a pas été malheureusement repris dans la loi. Le projet de loi actuel ne dit rien.

Il dit, il explique les fonctions du comité de vigilance, mais il ne prévoit pas quel est le lien que ce comité devra avoir. Sauf qu'il doit s'assurer du suivi des recommandations du commissaire, qu'il doit s'assurer que le commissaire a tout ce qu'il faut pour faire bien son travail, mais il n'y a pas de lien. Alors, s'il n'y a pas de lien...

Mme Harel: Et cette recommandation, c'était donc quatre fois par année minimalement. Une rencontre, vous disiez, avec trois personnes, c'est-à-dire...

Mme Bousquet (Hélène): Du comité avec... Ce que le groupe de travail, dans ses recommandations, fait, c'est trois personnes soit le commissaire, le médecin examinateur et le président du comité de révision.

Mme Harel: Le médecin...

Mme Bousquet (Hélène): Le médecin examinateur.

Mme Harel: Ah, d'accord. D'accord. Excusez-moi.

Mme Bousquet (Hélène): C'est la personne chargée de l'examen des plaintes médicales.

Mme Harel: D'accord. D'accord. Bon. Le médecin examinateur, le commissaire et le troisième étant...

Mme Bousquet (Hélène): Le président du comité de révision qui, eux, est la deuxième instance lors de... de l'équipe médicale.

Le Président (M. Copeman): Une dernière.

Mme Harel: Et j'imagine on pourrait ajouter, à ce moment-là, le directeur général.

Mme Bousquet (Hélène): Écoutez, si vous me posez la question, je sais que le directeur général siège d'office de par la loi sur le comité de gestion des risques, sur le comité de la gestion de la qualité, mais on peut vous dire qu'il siège déjà sur le conseil d'administration. Donc, le comité de vigilance, qui est un élément du conseil d'administration, va faire rapport au conseil d'administration où le directeur général siège.

Je pense que nos membres jugent que ce serait important que le commissaire ait une place neutre où il puisse dire les choses telles qu'elles sont. S'il se retrouve devant le comité de vigilance, et le directeur général est assis, alors qu'ils ont déjà eu une discussion au préalable dans le bureau où le directeur a fait connaître clairement sa position à l'effet qu'il n'est pas d'accord avec la recommandation, ça place le commissaire qui, on l'a dit,

est dans l'établissement... Il n'est pas comme les délégués du Protecteur des usagers où il fait des recommandations puis il ne vient pas travailler le lendemain. Le commissaire, il revient travailler le lendemain puis il revoit le directeur puis il va retourner pour d'autres recommandations. Alors, on trouvait très intéressante cette proposition-là du groupe de travail que ce soit trois membres qui n'ont pas de lien d'emploi.

Mme Harel: Les recommandations du groupe de travail, vous savez, nous, on ne les a pas eues, les membres de la commission parlementaire. Il a été déposé à l'Assemblée, y compris avec ces recommandations-là. Bon, bien, alors, on les aura en main de manière telle qu'on les recommandera au ministre au moment de l'étude du projet de loi. Merci.

Le Président (M. Copeman): Mme Rodrigue, Mme Bousquet, Mme Chouinard, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom du Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services (santé et services sociaux du Grand Montréal).

J'invite maintenant les représentants du Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services et des médecins examinateurs des régions de la Chaudière-Appalaches et de Québec à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): La commission poursuit ses travaux, et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentants du Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services et des médecins examinateurs des régions de la Chaudière-Appalaches et de Québec. Semble-t-il, M. Prévost, l'exception qui prouve la règle, bonjour, M. le président Prévost...

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): Bien, j'ai monsieur. Il est peut-être médecin, Dr Prévost ou M. Prévost, on verra tantôt. Mais je vous rappelle les règles de fonctionnement. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation, et je suis obligé malheureusement d'être assez strict dans l'application de cette limite du temps. Ce sera suivi par un échange de 25 minutes avec les parlementaires des deux côtés de la table. Je vous prie de présenter les personnes qui vous accompagnent et de débiter par la suite votre présentation.

Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services et des médecins examinateurs des régions de la Chaudière-Appalaches et de Québec

M. Prévost (André): Alors, je vais demander, si vous permettez, M. le Président, à chaque membre de faire sa présentation, puis je me présenterai en dernier puis j'enchaînerai avec la présentation. Alors, peut-être en commençant...

Mme Vézina (Andrée): Bonjour, je suis médecin examinateur pour le pavillon CHUL du centre

universitaire de Québec. Alors, je fais cette fonction-là depuis deux ans maintenant et je suis aussi médecin d'urgence dans le même établissement depuis 20 ans maintenant.

Le Président (M. Copeman): Je suis sûr que vous avez un nom, Docteur.

Mme Vézina (Andrée): Dre Andrée Vézina.

Le Président (M. Copeman): Merci.

Mme Gagnon (Nicole): Bonjour. Alors, mon nom est Nicole Gagnon. Je suis commissaire locale à la qualité des services au Centre hospitalier Robert-Giffard depuis quatre ans et dans le domaine de la psychiatrie depuis 30 ans. Et je suis également vice-présidente du Regroupement des commissaires locaux.

Mme Pion (Louise): Bonjour. Mon nom est Louise Pion. Je suis commissaire locale à la qualité des services au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec depuis deux ans.

Mme Lamontagne (Lise C.): Bonjour Lise Lamontagne. Je suis commissaire locale au Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford et je suis vice-présidente aussi du Regroupement.

M. Prévost (André): Alors, mon nom est André Prévost. Je suis directeur de services à la clientèle et de la planification à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Je suis notamment commissaire local à la qualité des services. J'assume donc la présidence du Regroupement et je suis aussi visiteur du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Peut-être je pourrais lancer quelques éléments à connotation d'agrément et de qualité au passage.

Alors, je vous remercie de nous recevoir dans le cadre de la présente consultation, et, bien, on est cinq membres de l'exécutif, ce matin, sur un exécutif de 10 personnes, le regroupement donc des régions Chaudière-Appalaches et de Québec. La mission du regroupement: supporter les commissaires locaux à la qualité des services et les médecins examinateurs par le partage d'expériences, d'expertises et de préoccupations en lien avec l'exercice de leurs fonctions en organisant des activités de formation et représenter l'opinion et l'intérêt des membres.

L'historique. En février 2003, une assemblée est constituée des commissaires locaux réunis de façon volontaire sur l'initiative de cinq commissaires ayant démontré leur intérêt envers la création d'un regroupement. Donc, l'exécutif provisoire avait le mandat de former le regroupement, et un exécutif provisoire a été désigné et cet exécutif s'est réuni en trois occasions de juin à octobre 2003. Donc, c'est depuis 2003.

Dans un premier temps, le regroupement a regroupé donc les commissaires locaux, commissaires locaux adjoints, et c'est par la suite que le regroupement a élargi ses cadres pour intégrer en quelque sorte les médecins examinateurs. C'est lors de notre troisième journée de formation qu'un vote a été pris en ce sens, et on a élargi le regroupement. Je pense qu'on s'est enrichi d'un autre groupe qui partage les préoccupations avec le

nôtre. Donc, nous sommes un seul groupe maintenant. Le regroupement, l'acronyme un peu long, la RCLQSME.

● (12 heures) ●

Peut-être juste vous donner quelques indications sur qu'est-ce qu'on fait comme regroupement. Outre tout le plaisir qu'on a à travailler ensemble puis à préparer les activités puis à s'échanger des trucs puis à s'enrichir les uns des autres, nous avons tenu à ce jour trois journées de formation. Une première le 16 octobre 2003, où on a traité du dossier de plaintes de l'utilisateur, l'accès par le plaignant, par l'intervenant visé à des fins judiciaires, à des fins administratives et disciplinaires, la plainte versus la réclamation de l'utilisateur, l'indemnité et l'assurance, l'enquête et les mesures d'amélioration de la qualité. Beaucoup de thèmes. Aussi, on a traité de la gestion des plaintes auprès des personnes présentant un trouble de personnalité ou comment arriver à y voir plus clair.

Notre deuxième activité, on a même invité, à ce moment-là, pour nos deux dernières activités, les membres des comités de révision des deux régions. On s'est intéressés au soutien apporté aux commissaires locaux par le Protecteur des usagers, la gestion des risques et de la qualité.

Notre dernière activité, qui a eu lieu en novembre 2004, on s'est intéressés à la plainte, au traitement de la plainte médicale. Donc, on avait Dr Yves Bolduc de l'ACMDP à ce sujet, et deux champs d'expertise ont été traités, soit la santé mentale et les aspects financiers. Notre regroupement a produit, à ce jour, deux avis, même s'il est jeune: un premier concernant le projet de loi sur le commissaire à la santé, en juin 2004, et le présent avis sur le projet de loi n° 83.

Maintenant, pour ce qui est de notre avis, on veut d'abord rappeler le potentiel de synergie important qu'on veut conserver quant au rôle actuel des commissaires locaux à la qualité des services et celui attendu des établissements à l'égard de la qualité des soins et des services, laquelle, nous voulons rappeler, demeure une responsabilité prioritaire au sein des établissements. L'exécutif trouve opportun d'apporter des précisions et des suggestions quant au rôle attendu de ses membres, conséquences aux modifications suggérées au projet de loi. L'exécutif est d'avis que la fonction exclusive des commissaires aux plaintes enlèvera la souplesse dont les établissements se sont dotés pour assurer le traitement des plaintes, même en l'absence des commissaires. On pense entre autres aux périodes de vacances, de maladie, de formation, etc. Et l'exclusivité de fonction obligerait certains établissements à créer de nouveaux postes pour lesquels les impacts budgétaires n'ont pas été évalués. Nous sommes d'avis que la mise en place d'un programme structuré d'amélioration continue de la qualité dans tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec doit être une obligation afin d'assurer aux diverses clientèles des soins et des services optimaux.

La qualité des services. Si le projet de loi n° 83 contribue à améliorer l'accessibilité, la continuité, l'efficacité, l'efficience, notamment par la mise en place des CSSS, en contrepartie les articles traitant de l'examen des plaintes sèment le doute sur la capacité des directions d'établissement de bien gérer les insatisfactions des usagers et d'en faire des objets d'amélioration. Plusieurs établissements ont pourtant appliqué efficacement les dispositions prévues dans le régime actuel associant

qualité des services et plaintes. Le traitement des plaintes suit, depuis deux ans, un processus beaucoup plus transparent et efficace et, dans une majorité d'établissements au Québec, est partie intégrante du programme d'amélioration continue de la qualité des services.

En termes de justification, nous disons qu'il est souhaitable de mesurer les résultats, la performance du système et ses effets. Les médias ciblent avec une grande efficacité les problèmes ou les difficultés les plus apparents. Nous sommes d'avis que la mise en place d'un programme structuré d'amélioration continue de la qualité dans tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec devrait être une obligation afin d'assurer aux diverses clientèles des soins et des services optimaux. Les éléments à considérer sont à titre indicatif et ils existent dans plusieurs établissements du Québec: les énoncés de vision, de mission et de valeurs, les comités des usagers, le comité des services à la clientèle, les processus d'accréditation, les inspections professionnelles, le comité de gestion des risques et de la qualité, le code d'éthique, les mesures de satisfaction de la clientèle, les programmes de santé et de sécurité au travail, la prévention des infections, le tableau de bord de qualité et de performance et la formation ou la mise à jour des connaissances.

Cette approche globale de la qualité demande que des efforts soient consacrés pour valoriser ces pratiques et les encourager. Déjà, plusieurs leviers sont disponibles dans les établissements et dans leur environnement. Au Québec, la loi sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux est un jalon important. Au plan canadien, les préoccupations de la qualité et de la sécurité sont notamment portées avec beaucoup de leadership par le Conseil canadien d'agrément des services de santé et, au Québec, par le Conseil québécois d'agrément. Il existe donc des normes et des critères de qualité, en santé et en services sociaux, reconnus à l'échelle canadienne, américaine et internationale. Un article du projet de loi n° 83 devrait obliger sans délai la mise en place d'un programme structuré d'amélioration continue de la qualité dans tous les établissements.

D'abord, assister les usagers et leurs proches. Le concept de plainte est vu comme péjoratif ou négatif et peut, dans certains cas, être un frein à l'identification des paramètres à améliorer. En corollaire, les employés et les médecins peuvent parfois percevoir négativement l'évaluation faite de leur travail, à tort ou à raison. Il y aurait donc lieu de renforcer la notion de service à la clientèle dans la fonction de commissaire. Le projet de loi n° 83 devrait conserver l'expression «commissaire local à la qualité des services». Le mandat du commissaire local devrait notamment être présenté comme celui d'un ombudsman pouvant assumer différentes fonctions reliées à la qualité des services.

Le rattachement des commissaires locaux. Le rattachement doit tenir compte d'un paradoxe, soit le besoin d'autonomie et celui d'influence. Il n'est pas toujours évident, comme commissaire local, d'être à l'emploi de l'établissement; toutefois, l'appartenance du commissaire local à l'établissement comporte des avantages plus nombreux. Étant issu de l'établissement, celui-ci possède une meilleure connaissance de la culture qui y prévaut. Il observe ce qui s'y passe à tous les jours et

peut exercer une plus grande influence sur les changements de pratiques, sur l'implantation d'une culture qualité, etc. Même en étant issu du milieu, il est parfois difficile de faire comprendre l'aspect positif de ce rôle axé sur l'amélioration de la qualité. Un commissaire provenant de l'extérieur pourra être perçu négativement.

Il apparaît aussi opportun d'impliquer les directeurs, les gestionnaires, les médecins et les employés dans le traitement des plaintes, et ce, dans une perspective d'amélioration de la qualité. Le commissaire local devrait cumuler le moins possible de fonctions qui ne sont pas en lien avec les plaintes des usagers ou la qualité des services. À cet égard, il faut éviter tout conflit de rôles, au même titre que tout conflit d'intérêts, et confier au commissaire local des mandats compatibles avec tous les aspects de la qualité. Le projet de loi n° 83 devrait laisser le choix à l'établissement du rattachement administratif du commissaire local à la qualité des services.

Le statut des commissaires locaux. Il semble approprié de rendre légitime la fonction de commissaire local et de favoriser sa visibilité par un statut qui lui accorde une certaine reconnaissance. Certaines exigences devraient être reliées à ce poste; celles-ci devraient nécessairement être en lien avec les compétences recherchées. Le projet de loi n° 83 devrait retirer la notion de fonction exclusive aux commissaires locaux à la qualité des services. Ainsi, il pourrait se voir confier des mandats associés à la qualité. Les commissaires locaux devraient également avoir un statut de cadre supérieur.

Briser l'isolement des commissaires locaux à la qualité des services. La fonction d'un commissaire local se retrouve souvent en porte-à-faux dans certains dossiers de plaintes, que ce soit avec le conseil d'administration, la direction générale, les employés, les médecins, les usagers, le centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, le CAAP, l'Agence régionale de développement des réseaux locaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux ou le Protecteur des usagers. En fait, quelquefois, nous nous sentons très seuls, et il y a beaucoup de gens autour de nous pour bien vérifier notre travail. Souvent, le commissaire local est appelé à se compromettre au moment de formuler ses conclusions à l'usager et demeure isolé.

Deux types de mesures permettraient d'améliorer la situation décrite précédemment. D'abord, la création de liens entre le commissaire local et le programme d'amélioration continue de la qualité de l'établissement. Le commissaire local pourrait siéger aux instances qui traitent, surveillent et doivent répondre de la qualité des services, il pourrait être membre d'office du comité de gestion des risques, du comité de gestion de l'amélioration continue de la qualité et du comité des usagers de l'établissement.

Je me permettrais une parenthèse en disant qu'actuellement, dans plusieurs établissements, on regarde les plaintes traitées dans l'établissement une fois par mois, 12 fois par année. Ça existe au moment où on se parle. C'est une petite publicité que je voulais faire en passant.

La gestion de la qualité est une approche active qui permet de faire les liens entre un risque, des actions et des plaintes, et ça, c'est des plaintes en moins à vivre et à traiter. Par exemple, si on constate un nombre de chutes important sur une unité, on se questionne sur les

moyens de prévention et de contention. On s'attend à la mise en place de mesures, l'établissement en est responsable. Il n'est pas utile d'attendre quelqu'un pour s'en occuper sur la base de la non-qualité. C'est aussi vrai pour les erreurs de médicaments, la prévention des infections et les frais de chambre.

La mise sur pied du regroupement des commissaires locaux répond à un véritable besoin. Actuellement, il est le fait d'initiatives volontaires à Montréal, Montérégie, Québec, Chaudière-Appalaches; toutefois, malgré leur bonne volonté, leurs actions sont limitées de par les moyens dont ils disposent. Les regroupements démontrent que le processus de traitement des plaintes des usagers, pour être efficace, doit être intégré à celui de l'amélioration continue de la qualité de l'établissement.

Les commissaires et les médecins examinateurs ressentent un besoin d'échange par le ressourcement et l'accès à de l'expertise. Il serait pertinent de soutenir ceux-ci en leur faisant parvenir des lignes directrices proposées sur certaines grandes questions, par exemple: la responsabilité et la prévention des infections, les frais de chambre, les listes d'attente. Ce soutien pourrait aussi prendre la forme d'une banque de personnes ressources habilitées à traiter certaines questions plus spécialisées. Pourquoi devrions-nous réinventer des réflexions et des conclusions qui trouvent leur assise sur des fondements normatifs? Le projet de loi n° 83 doit proposer un ou des mécanismes qui faciliteraient les échanges entre les commissaires locaux, les médecins examinateurs et l'accès à de l'expertise en fonction de leurs besoins.

Le suivi des recommandations ou des mesures des commissaires locaux, proposé par les commissaires locaux. Nous considérons que les gestionnaires ont une responsabilité au niveau de l'amélioration de la qualité des soins et des services et qu'ils doivent être impliqués au niveau du traitement de la plainte d'un usager. Nous devons les amener à examiner les processus, à regarder ce qui pourrait être amélioré et à proposer des mesures correctives. À notre avis, le commissaire local ne peut assumer la responsabilité des devoirs et responsabilités des gestionnaires, lesquels sont imputables des activités de leur secteur respectif. Le commissaire local se doit aussi de formuler des recommandations ou de s'entendre sur des mesures de correction, lesquelles doivent trouver nécessairement un écho favorable à leur mise en oeuvre. Le projet de loi n° 83 doit proposer une modalité qui oblige les établissements à se conformer aux recommandations du commissaire local à la qualité des services ainsi qu'un mécanisme de suivi des mesures correctives proposées, et ce mécanisme existe déjà dans plusieurs établissements du Québec.

• (12 h 10) •

Le médecin examinateur. La fonction de médecin examinateur demeure à consolider. Dans certains milieux, ce rôle crée peu d'intérêt. Les médecins préfèrent généralement pratiquer leur art, et la fonction de médecin examinateur n'est pas nécessairement compétitive au plan de la rémunération. Nous exprimons de plus certaines réserves face au cumul des fonctions de directeur des services professionnels et de médecin examinateur, en raison même du conflit potentiel de rôles préalablement mentionné. Le médecin examinateur ne devrait pas assumer les fonctions de directeur des services professionnels.

Le Protecteur des usagers. Le Protecteur des usagers est invité à promouvoir, dans la pratique de ses délégués, une approche globale de la qualité. Son rôle est double puisqu'il apporte un soutien aux commissaires locaux, il révisé également les plaintes en deuxième instance. L'exécutif du regroupement est d'avis que le Protecteur des usagers doit poursuivre son mandat et améliorer son offre de service. Et, parmi les améliorations suggérées, notons la fonction de soutien aux commissaires locaux, aux médecins examinateurs pour la préparation d'avis, de lignes directrices proposées et le soutien au regroupement des commissaires locaux et des médecins examinateurs.

Les délais. La Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux donne au commissaire local ainsi qu'au médecin examinateur 45 jours pour traiter une plainte. Ce délai nous apparaît trop court. Dans l'exercice de leurs fonctions et en conformité avec la loi, ces personnes doivent d'abord informer le ou les gestionnaires du secteur d'activité concerné ou le médecin visé par la plainte du contenu de cette dernière. Elles doivent par la suite en faire l'analyse, convoquer les personnes concernées pour discuter des événements entourant cette plainte, et ce, afin d'obtenir des explications supplémentaires sur les plaintes qui très souvent ne sont faites que verbalement. Parfois, elles se doivent aussi de consulter un expert externe. Compte tenu des jours fériés, des obligations et des vacances des uns et des autres, des difficultés de communication, il nous apparaît évident que, pour plusieurs des plaintes à traiter, cette prescription de 45 jours est dépassée. Il faut aussi retenir que le médecin examinateur a aussi ses obligations cliniques, qui sont souvent prioritaires, en particulier lorsqu'il a à traiter des urgences, et c'est le cas de certains d'entre eux.

Le traitement le plus adéquat des plaintes ne se traduit pas par la rapidité avec laquelle on la traite mais plutôt par la fluidité, la concertation, la conciliation, le respect des uns et des autres et le respect du temps requis pour mener chaque enquête. Le délai de 45 jours accordé pour traiter une plainte devrait à notre avis être prolongé à 60 jours.

En conclusion, ce projet de loi devrait faire l'objet d'améliorations afin d'assurer le maintien et le renforcement des mandats assumés par les commissaires locaux à la qualité des services et les médecins examinateurs à l'égard de leurs responsabilités au plan de la qualité des soins et des services. Nous croyons que les commissaires locaux et les médecins examinateurs doivent se situer au cœur de l'ensemble des activités de qualité des établissements. Je vous remercie de votre attention.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Prévost, Dre Vézina, Mme Gagnon, Mme Pion et Mme Lamontagne, une grande délégation avec nous aujourd'hui. Vous avez probablement entendu ceux... celles en fait qui vous ont précédés. Vous avez vu que certains éléments sont parfois correspondants, parfois en léger décalage. Alors, on est ici pour faire l'arbitrage et le lien entre tout ça.

Je dirais en introduction qu'effectivement il y a eu des améliorations au système de plaintes avec la loi sur l'exercice sécuritaire des soins et également avec la mise sur pied des commissaires locaux, ce que vous êtes. Et loin de moi l'idée... Vous savez, on a souvent tendance, et c'est, je dirais, les effets secondaires de la politique partisane qui, de part et d'autre, nous y amènent, à déclarer soit la politique «d'avant moi le déluge», soit la politique de «tout était parfait, pourquoi changer?»

J'essaie toujours de placer les changements qu'on fait dans l'esprit de la continuité de l'histoire du système de santé du Québec, et il y a plusieurs exemples là-dessus. Prenons, par exemple, la question de la certification des résidences de personnes âgées qui est touchée ici, bien c'est une continuité avec le registre qui a été mis sur pied précédemment. La commission Clair a formellement donné lieu au concept de réseau intégré et de centre de santé et services sociaux. Et, dans le cas qui nous occupe, donc les premiers pas, les premiers jalons du système de plaintes nous amènent à faire ces modifications non pas qui doivent être vues comme une critique, dire que vous ne faites pas bien votre travail puis que ça ne va pas bien dans le système de plaintes, mais prendre acte de ce qui a été noté dans le public et de ce que notre groupe de travail, sur lequel siégeaient plusieurs usagers, nous a recommandé.

Et ça nous amène tout de suite à la question du rattachement et du statut du commissaire local. Je pense que, s'il y a une chose sur laquelle les gens qui représentaient les usagers, les associations de patients se sont entendus — vous en avez entendu d'ailleurs un élément avec vos prédécesseurs — c'est la question de l'exclusivité et de l'indépendance du commissaire local. Maintenant, on est d'accord à envisager certains rôles propres à la qualité et à la mesure de la satisfaction — d'ailleurs, ça a été mentionné auparavant — mais il nous apparaît essentiel de tourner le dos à cette époque où on pouvait à la fois être commissaire local et, par exemple, directeur des soins infirmiers ou autre type de... d'accord avec quand même cette modification-là.

J'aurais deux questions très spécifiques qui feront appel aux compétences, là, que vous amenez autour de la table, aujourd'hui. D'abord, Dre Vézina, l'association des CMDP, ils sont venus ici pour nous parler de ce problème des médecins examinateurs et ils avaient une suggestion très spécifique qui était que chaque conclusion motivée d'un médecin examinateur soit obligatoirement versée au dossier professionnel du médecin. Je sais que c'est très... Pour l'avoir vécue, cette question-là, dans les établissements, c'est très controversé. Est-ce que vous avez une idée ou une position à ce sujet-là?

Mme Vézina (Andrée): Oui. En fait, j'ai une opinion qui est... Au CHUL, actuellement, les conclusions motivées ne sont pas déposées au dossier des médecins, et je pense que c'est une erreur. C'est une erreur parce que le but de la fonction qu'on a, c'est d'améliorer les soins et les soins de qualité dans nos hôpitaux. Et actuellement, le comité d'éthique n'a aucune idée s'il y a un médecin qui reçoit de façon répétitive une plainte pour une attitude ou manque de communication avec ses patients. Alors, actuellement, comme ce n'est pas obligatoire, nous, au CHUL, on a demandé une opinion aux avocats de l'hôpital qui nous

ont dit qu'ils ne nous recommandaient de verser ces conclusions-là au dossier. Mais je pense qu'il faut sérieusement se pencher là-dessus parce que la façon d'améliorer les comportements des médecins ou leur façon de communiquer ou de traiter leurs patients, c'est bien de voir s'il y a des plaintes qui sont répétitives et que le comité d'éthique soit en mesure d'avoir accès à ces informations-là.

M. Couillard: Ayant moi-même présidé un comité d'éthique dans un grand hôpital québécois, là, c'est exactement la situation. Lorsqu'on vient à renouveler les privilèges ou à accueillir de nouveaux membres, on n'a aucune idée de la situation en termes de pratique ou de relation avec les patients, les collègues, et ça me semblerait une chose utile.

Maintenant, Mme Gagnon, pour le milieu de la santé mentale, je pense que, vous, vous originez de ce milieu, de Robert-Giffard, je crois. Dans le projet de loi, et c'est quelque chose qui a été critiqué par les comités d'aide et d'accompagnement aux plaintes, on suggère qu'il serait possible, par exemple, de confier le mandat d'accompagnement à des organismes de défense de droits, particulièrement en santé mentale. Mais les comités d'aide et d'accompagnement sont venus nous dire que ce n'est pas une bonne idée, qu'on doit vraiment faire une distinction totale entre la défense des droits et l'accompagnement des plaintes, même pour ce qui est de la santé mentale. Est-ce que vous avez une opinion à ce sujet-là?

Mme Gagnon (Nicole): Oui, je pense que, exactement, le traitement des plaintes dans le domaine de la santé mentale, c'est particulier. D'ailleurs, lorsque j'échange au niveau régional avec des consoeurs et des confrères, les problématiques qui sont rencontrées en santé mentale sont très différentes de celles rencontrées dans les centres hospitaliers généraux. Ceci dit, effectivement la défense des droits des usagers et le traitement des plaintes des usagers, c'est deux choses, bien que ça se regroupe. Mais, je verrais mal que les organismes à la défense des droits des usagers viennent interférer dans le processus de traitement des plaintes, par exemple.

M. Couillard: M. le Président, pour ce qui est de la question du directeur des services professionnels, M. Prévost, puis, je pense, Dre Vézina, vous êtes directement concernés par cette discussion-là. Là également, cette disposition, telle qu'elle est actuellement dans le projet de loi, provient d'une situation pratique que, moi-même, j'ai vécue comme directeur de département où on a beau afficher vigoureusement la nécessité d'avoir un médecin examinateur, si je veux utiliser un euphémisme, disons que les volontaires ne se pressent pas nécessairement aux portes. Alors, on peut se trouver dans une situation où, pendant six mois — moi, ça m'est arrivé pendant presque huit ou neuf mois, si je me souviens bien — il n'y a pas de médecin examinateur sur place parce que personne ne se manifeste. Alors, est-ce qu'il n'est pas essentiel d'avoir au moins, de façon transitoire... On pourrait peut-être le confiner à un rôle d'interim ou de façon à ce qu'il n'y ait pas de vacuité de la fonction...

Comment est-ce qu'on fait face à ce problème-là, d'une part, de ne pas avoir de candidat pour la fonction

— qui n'est pas une fonction facile, hein? on va s'entendre là-dessus; le Dr Vézina pourra nous parler en pratique de ce que ça signifie, par rapport aux collègues, d'occuper cette fonction-là — et d'autre part, d'avoir une continuité dans l'exercice de la fonction?

• (12 h 20) •

Mme Vézina (Andrée): Il y a plusieurs points à votre question. En fait, vous savez, moi, je suis médecin examinateur depuis deux ans au CHUL et, avant que je sois nommée, la façon dont on fonctionnait, c'est que, quand le commissaire local recevait une plainte envers un médecin, celle-ci la dirigeait vers le chef du département concerné, qui faisait une analyse préliminaire, envoyait ça à la commissaire locale, puis finalement le directeur des services professionnels faisait un rapport qui englobait un petit peu ça puis, bon, on répondait au plaignant. Je pense qu'il y a eu une nette amélioration du traitement des plaintes contre les médecins depuis que les médecins évaluateurs ou examinateurs ont été nommés parce que c'est vraiment une tâche qui est... on répond directement à un problème en analysant vraiment le dossier, en rencontrant les plaignants, en rencontrant les médecins visés pour avoir leur version. On fait une analyse de tout ça, et le fait d'être dans l'hôpital — c'est l'hôpital où on pratique souvent — fait qu'on connaît bien la culture du milieu puis on connaît nos docteurs aussi, hein, et ça, ça rend beaucoup plus facile de voir... On a déjà une bonne idée, quand on reçoit le libellé de la plainte, à savoir si c'est une question d'attitude: Est-ce que ça va bien avec ce que je connais du docteur qui est dans mon hôpital? Alors, tout ça aide beaucoup.

C'est sûr qu'il n'y a pas de liste d'attente pour être médecin examinateur dans les hôpitaux, mais je pense que ça a beaucoup amélioré la qualité, la réponse aux plaintes depuis une couple d'années, depuis que les médecins examinateurs sont nommés. Et je pense qu'en laissant la possibilité que le directeur des services professionnels soit médecin examinateur, on ne met pas beaucoup de pression sur l'hôpital ou l'établissement pour dire: Bien là, vous devez nommer un médecin examinateur. Je pense qu'il y a plusieurs hôpitaux qui ont fait la preuve qu'ils étaient capables de trouver un médecin examinateur. C'est sûr que ce n'est pas un travail que les médecins prendraient à temps plein, mais je pense que le faire à temps partiel, comme plusieurs le font dans les hôpitaux, ça se marie bien à la pratique, c'est quand même intéressant parce qu'on est en contact avec la pratique, la bonne pratique médicale puis la gestion de la qualité de notre hôpital. Et il y a sûrement, dans chaque hôpital, au moins un médecin qui a des qualités de communication avec les plaignants puis de gestion qui fait qu'il est capable de remplir ce rôle-là, cette tâche-là.

Alors, vous savez, avant, comme je vous dis, c'était souvent le directeur des services professionnels de l'hôpital qui s'occupait du cas après que ça nous a été transmis comme chef de département. Et je pense que le processus était moins personnalisé envers le plaignant; c'était moins détaillé, c'était fait de façon plus globale. Je pense qu'il y a eu une nette amélioration depuis que les médecins examinateurs sont nommés, puis de laisser la porte ouverte que ce soit le directeur des services professionnels qui fasse cette tâche-là, c'est comme reculer.

M. Couillard: Bien, j'accueille bien vos remarques. Moi, ici, mon expérience, ça a été qu'une fois qu'on a trouvé quelqu'un qui est respecté par ses collègues pour, d'une part, sa compétence professionnelle, d'autre part, ses capacités de communiquer, le médecin examinateur devient plus souvent une solution qu'un problème dans la plupart des situations. Merci.

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

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. M. Prévost, Mmes Gagnon, Lamontagne et Pion... Mme Pion, Mme Lamontagne, Dre Vézina, merci de partager avec nous votre expérience. J'aimerais peut-être tout de suite enchaîner avec l'échange que le Dr Vézina vient d'avoir avec le ministre pour revenir par la suite à la problématique de la fonction même de commissaire local en regard de son statut dans l'établissement.

Dre Vézina, vous disiez tantôt qu'il serait opportun qu'il y ait inscription au dossier des rapports qui sont faits par le médecin examinateur. Est-ce que c'est ce qu'on doit comprendre?

Mme Vézina (Andrée): Pas tout à fait. En fait, ce n'est pas le rapport global comme tel parce que vous savez, dans certains cas de plainte, le rapport qu'on émet aux plaignants peut avoir quatre ou cinq pages. Ce n'est pas le rapport global qui doit être versé au dossier du médecin mais bien les conclusions motivées à la fin du rapport qui dit: Attendu que, attendu que... non, je ne crois pas que le Dr Untel a agi de façon... Alors, c'est vraiment les conclusions motivées qui suivent l'analyse de tout le dossier.

Mme Harel: Donc, à ce moment-là, ce sont ces conclusions motivées qui devraient, nous dites-vous, se retrouver dans le dossier, disons, du médecin.

Mme Vézina (Andrée): C'est ça, puis je vais vous donner un exemple pourquoi je pense que cette opinion-là est importante. C'est que, vous savez, il peut avoir un médecin dans mon centre hospitalier qui va avoir cinq plaintes pour une attitude qui est répétitive, et ces dossiers-là actuellement, le seul endroit où ils se retrouvent, c'est dans un classeur barré dans le dossier de plainte du plaignant. Alors, il n'y a personne d'autre que les gens qui sont saisis de la plainte qui sont au courant de ces choses-là parce que c'est des dossiers confidentiels. Mais je pense que les conclusions motivées, elles, devraient être déposées dans le dossier du professionnel et, quand le comité des titres refait la nomination, il a accès à voir que le même médecin a eu cinq fois une plainte pour telle attitude ou ce médecin-là n'a eu aucune plainte, donc semble pratiquer de façon...

Mme Harel: Et ce serait, donc cette modification serait introduite par une disposition législative à l'intérieur du projet de loi?

Mme Vézina (Andrée): Je pense que, si ce n'est pas fait de cette façon-là, vous laissez la liberté aux hôpitaux de décider ce qu'ils veulent faire, et, à ce

moment-là, il y a des hôpitaux qui ne portent pas les conclusions motivées au dossier du professionnel.

Mme Harel: Je vous remercie, Dre Vézina, merci. Alors, M. Prévost, vous, vous cumulez deux fonctions: vous êtes à la fois commissaire local, et plus, plus, plus.

M. Prévost (André): Plus que deux fonctions, au moins deux, oui.

Mme Harel: Deux rémunérées, les autres étant bénévoles, si je comprends bien, à titre notamment de président du regroupement. Mais, ce sont donc... vous êtes président, je crois, hein, du Regroupement pour la région Chaudière-Appalaches des commissaires locaux à la qualité des services et des médecins examinateurs? C'est bien ça?

M. Prévost (André): Oui, oui, c'est ça.

Mme Harel: Bon. Donc, vous, vous cumulez à la fois la fonction de commissaire local et celle également de cadre, hein, dans votre regroupement?

M. Prévost (André): Exact, moi, je suis cadre supérieur dans l'exercice de mes fonctions. Je suis responsable de tout le dossier qualité, d'agrément, communications, je suis également adjoint au D.G. dans mon établissement, à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Mme Harel: Dans le cadre de ces fonctions que vous venez de nous décrire.

M. Prévost (André): Exact.

Mme Harel: J'aimerais vous entendre sur cette recommandation contenue dans votre mémoire à l'effet de confier un statut de cadre supérieur. J'ai l'impression qu'il y a là une approche qui peut sans doute professionnaliser la fonction de commissaire. J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Prévost (André): Je pourrais peut-être débiter, puis je confierais à ma collègue, Mme Pion, là, qui va vous présenter plus en détail cette question-là.

Bien, c'est certain que la qualité de la gestion des plaintes dans un établissement, ce n'est pas simple. Personne ne fait un party quand on arrive avec une plainte, surtout une grosse plainte, puis une vraie, là, tu sais. Donc, ça demande un effort d'introspection, d'enquête, d'identifier des faits. Et il y a toujours une espèce d'instinct, je dirais, de protection, tu sais; les gens, à force, on développe des liens, hein, des liens professionnels, des liens amicaux.

Mais à quelque part je pense, qu'on soit professionnel, directeur général ou cadre supérieur, je pense qu'on peut avoir une éthique professionnelle. Puis, moi, je ne me sens pas plus en conflit d'intérêts qu'un directeur général ou un commissaire local; d'ailleurs, je suis moi-même commissaire local. En ce sens-là, je pense que, moi, c'est ma réponse.

Mais une chose est certaine, c'est que, pour avancer dans l'organisation, pour influencer les cadres,

notamment les cadres cliniques que sont le DSI, le DSP, il faut avoir une certaine crédibilité dans notre travail, il faut avoir fait preuve de compétence pour que nos dossiers puissent se conclure à la satisfaction des usagers. Là, je fais référence à des recommandations qui seront mises en oeuvre, et c'est vraiment dans cette optique-là que nous travaillons. Maintenant, Mme Pion.

Mme Harel: Avant, Mme Pion, que vous interveniez, je comprends qu'à ce moment-là cette compétence doit être comme cristallisée, si vous voulez, par le statut qui est accordé, mais...

M. Prévost (André): Moi, je pense que le statut c'est un atout positionnel, hein, dans les livres on appelle ça un atout positionnel. Donc, c'est intéressant que cette personne-là soit vue comme très crédible, d'une importance relative.

Sans verser dans l'anecdote, quelqu'un me téléphonait pour me dire: J'ai reçu un commentaire du comité de direction à l'effet que je ne me mêle pas de mes affaires. Mais je me dis: Je suis un peu surpris que tu aies eu un commentaire comme ça, parce que qui donc t'a dit ça? Est-ce que ces gens-là... Quelle est la relation avec les membres de ton comité de direction pour qu'ils puissent te faire un tel commentaire? Moi, je pense que ça dénote un problème.

Donc, l'idée de l'intégration du statut positionnel dans l'établissement, tant qu'à moi, est important, est un gage de succès dans la mise en oeuvre des recommandations et de mesures correctives qui découlent d'une plainte.

Le Président (M. Copeman): Mme Pion, oui?

Mme Pion (Louise): Oui, pour compléter. Vous savez, quand on est à l'emploi d'un établissement, on doit avoir un statut quelconque, soit celui de syndiqué, cadre intermédiaire ou cadre supérieur; donc, on doit avoir un statut dans l'établissement. À l'heure actuelle, les commissaires locaux ont des statuts soit de syndiqué, soit de cadre intermédiaire, ou soit de cadre supérieur. Ce que M. Prévost disait justement, c'est qu'il faut avoir une certaine reconnaissance dans l'établissement et un certain statut qui nous permet d'être reconnu, entre autres par les cadres supérieurs. Parce que, dans le cadre d'une analyse d'une plainte, on doit transiger à tous les jours avec les gestionnaires, les cadres intermédiaires, et souvent avec les cadres supérieurs.

● (12 h 30) ●

Certains cadres supérieurs, quand on est cadre intermédiaire... Moi, je suis cadre intermédiaire dans mon établissement, et, quand on doit transiger avec un cadre supérieur qui ne nous reconnaît pas au même niveau que lui, bon: Qui es-tu, toi, pour me dire que je fais mal ma job? ce n'est pas facile pour le commissaire local. On a beau avoir le titre de commissaire local, si on est cadre intermédiaire, puis encore certains sont syndiqués, ne sont pas cadres du tout, alors qui sommes-nous pour leur dire quoi faire? Et c'est ça qui, pour nous, nous apparaît important: c'est d'avoir une certaine reconnaissance et un statut reconnu dans l'établissement, et celui de cadre supérieur nous apparaît celui le plus important, là, parce que c'est celui qui va avoir le plus d'impact sur les cadres supérieurs de l'établissement.

Le Président (M. Copeman): Juste avant de poursuivre, je présume qu'il y a un consentement pour dépasser légèrement 12 h 30? Consentement. Mme la députée.

Mme Harel: Il y a donc cette culture organisationnelle qui fait que, si vous ne vous êtes pas situé dans la hiérarchie, il est possible que votre influence soit limitée. C'est ce qu'on doit comprendre.

Mme Pion (Louise): Tout à fait. Je veux dire, il y en a avec certains que ça va très bien, là, mais, quand on est avec quelqu'un qui, la qualité puis les plaintes, il n'a pas encore compris vraiment le sens du traitement de la plainte dans le processus d'amélioration de qualité puis, bon, l'importance de notre travail, ce n'est pas facile à ce moment-là de nous faire respecter puis de faire respecter nos décisions. C'est là où ça prend toute l'importance, le statut qu'on peut avoir dans un établissement. Et je pense aussi que les qualifications du commissaire, on devrait peut-être aussi, je veux dire... Qui doit être un commissaire? Quelles qualifications on attend du commissaire? Quelle formation il doit avoir, le commissaire? Ça, ce n'est pas non plus... on a tous été formés sur le tas, entre guillemets, là, il n'y a pas de formation de commissaire, il n'y a pas de cours de commissaire nulle part, là. On apprend avec l'expérience au cours des années où on fait le travail, mais on n'a pas défini qui doit être le commissaire et quelles compétences doit avoir ce commissaire dans notre réseau, là.

Mme Harel: Sans doute votre regroupement permettra-t-il qu'il y ait justement un échange sur la nature de cette fonction et sur les qualités ou les formations plutôt qu'une personne doit détenir pour occuper cette fonction. C'est quand même assez récent dans la culture d'établissement. Vous disiez, M. Prévost... Est-ce que je dois comprendre que vous êtes favorable ou que vous ne l'êtes pas, favorable, au fait que la loi actuelle soit modifiée à l'article 33, paragraphe 11°, pour signifier qu'un commissaire local ne puisse occuper une fonction d'établissement si elle est reliée à des fonctions administratives?

M. Prévost (André): Je n'ai pas de dictionnaire pour définir ce que c'est qu'une fonction administrative. Je ne sais pas comment on peut interpréter ce libellé-là. C'est sûr que, bon, moi, dans l'intervalle, puis je ne veux pas faire, moi, un cas d'espèce, mais ce qu'il faut retenir, c'est qu'il y a un certain nombre de commissaires locaux qui sont j'appellerais «purs», c'est-à-dire qui ne font que ça comme fonction principale, puis ce niveau-là varie. Il y en a d'autres qui cumulent plusieurs fonctions dont celle de cadre supérieur.

Pour mon cas, c'est sûr que le fait de cumuler cette fonction-là, moi, c'est agréable, c'est quelque chose que je considère très pertinent. Puis dans notre établissement, évidemment on n'est pas spécialistes dans tout, on est capables à la fois d'assurer une continuité de nos dossiers de plainte en termes de gestion puis on est capables même de se consacrer selon le type de spécialisation, comme par exemple, nous, on a aussi des lits en santé mentale, on en a en santé physique. Donc, on a un éventail de sujets ou de thématiques de plainte. Donc, on est capables de se donner un fonctionnement

local harmonieux qui met à contribution l'expertise des personnes concernées.

Maintenant, c'est sûr que... Puis là je ne ferai pas le procès ou la critique de ce qui pourrait advenir, mais c'est cette souplesse-là, les milieux qui se sont donné cette souplesse-là... Moi, je pense qu'il faut faire toujours attention à ce que j'appelle, moi, les effets pervers des solutions. En voulant solutionner quelque chose, est-ce qu'on ne risque pas de détruire, entre guillemets, quelque chose qui va très bien dans plusieurs milieux, hein, parce qu'on veut l'améliorer dans quelques milieux? Donc, c'est une espèce de réflexion que j'appellerais du domaine rapport qualité-prix, là, plainte-autonomie-participation. Et je pense que vous êtes les mieux placés pour compléter cette réflexion-là.

Mme Harel: Merci de la confiance que vous avez en nous. Et c'est moi qui vous remercie de votre expérience et du partage que vous en avez fait ce matin. Merci.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme Pion, très rapidement, oui.

Mme Pion (Louise): Oui. J'aurais juste voulu intervenir sur la fonction exclusive parce que, dans le projet de loi, vous mentionnez aussi que le commissaire adjoint doit avoir des fonctions exclusives, et là-dessus on avait aussi quelques réserves parce que le commissaire local n'est pas toujours présent 365 jours par année dans l'hôpital, il a aussi des vacances. Et les commissaires adjoints, pour ma part, entre autres une commissaire adjointe a été nommée simplement pour me remplacer durant mes vacances.

Parce que vous savez qu'un usager, quand il est hospitalisé, parfois veut rencontrer le commissaire le jour même. On intervient directement le jour même au cours de l'hospitalisation. Et le commissaire adjoint, nommer un commissaire adjoint avec des fonctions exclusives pour remplacer le commissaire durant ses absences, ça, ça va être tout à fait impossible dans un établissement. Alors, les commissaires adjoints souvent exercent d'autres fonctions, et ça leur permet aussi de remplacer le commissaire dans ses absences. Alors, il faudrait aussi penser à cet aspect-là de l'exclusivité de fonction des commissaires.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Prévost, Mme Lamontagne, Mme Pion, Mme Gagnon, Dre Vézina, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom du Regroupement des commissaires locaux à la qualité des services et des médecins examinateurs des régions de la Chaudière-Appalaches et de Québec.

Et je vous rappelle, chers collègues, qu'il est prévu que nous siégeons cet après-midi. Alors, nous écoutons attentivement les avis touchant les travaux de la commission. Sur ce, j'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Suspension de la séance à 12 h 36)

(Reprise à 16 h 7)

Le Président (M. Copeman): Alors, à l'ordre, chers collègues. Ayant constaté le quorum, je déclare

ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales, c'est-à-dire nous poursuivons la séance de ce matin.

Je vous rappelle que 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. Cet après-midi, nous allons entendre et échanger avec deux groupes. Nous allons débiter dans quelques instants avec l'Ordre des optométristes du Québec et nous allons terminer l'après-midi avec l'Action Autonomie, Auto-Psy et Droits et Recours Laurentides, Groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale.

Je vous rappelle évidemment que l'utilisation des téléphones cellulaires est strictement interdite dans la salle. Alors, je prierais tous ceux qui en font l'usage de bien vouloir les mettre hors tension, incluant le président. Et je vous rappelle que nous allons consacrer 50 minutes pour les auditions, cet après-midi, c'est-à-dire 20 minutes pour la présentation du mémoire et 30 minutes pour les échanges avec les groupes, évidemment partagées équitablement avec les membres des deux côtés de la table.

Sans plus tarder, en expliquant à nos invités que, malgré le fait que les groupes étaient convoqués pour une heure précise, la commission est à la merci des travaux de la Chambre pour le début de nos travaux. Alors, on s'excuse collectivement pour le léger retard qui est hors de notre contrôle.

Et je souhaite la bienvenue à Dre Lise-Anne Chassé et Me Laverdière, de l'Ordre des optométristes du Québec. Comme j'ai expliqué, vous avez 20 minutes pour faire votre présentation. Je suis dans l'obligation d'être assez sévère malheureusement dans l'attribution du temps. Je ne sais pas qui commence, si...

Une voix: Lise-Anne, d'abord.

Le Président (M. Copeman): Alors, Dre Chassé, bienvenue. Nous sommes à l'écoute.

Ordre des optométristes du Québec

Mme Chassé (Lise-Anne): Bonjour, M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. membres de la commission. Alors, c'est avec grand plaisir que nous répondons aujourd'hui à l'invitation qui nous a été faite de venir vous présenter nos quelques positions et préoccupations, les préoccupations qui sont celles de l'Ordre des optométristes du Québec, face au projet de loi n° 83. Alors, vous nous avez déjà présentés. Je suis le Dre Lise-Anne Chassé, optométriste, et Me Marco Laverdière est secrétaire et directeur général de l'ordre. Moi, j'en suis la présidente.

• (16 h 10) •

Alors, je vais d'abord vous faire le portrait de ce qu'est l'optométrie québécoise brièvement et comment les optométristes peuvent contribuer, vous expliquer comment, de notre point de vue, on peut contribuer à l'objectif recherché, qui est manifestement d'en arriver à la mise en place d'une véritable offre de service intégrée de santé et de services sociaux. Par la suite, Me Laverdière vous parlera des aspects strictement juridiques du projet de loi n° 83 que nous voulons porter à votre attention.

Alors, à première vue, ça peut vous paraître un peu surprenant que les optométristes viennent vous parler des réseaux de santé. Peut-être certains d'entre vous nous ont plus connus il y a plusieurs années... qui étaient spécialisés dans la dispensation de lentilles ophtalmiques, soit la prescription et la vente de lunettes et de verres de contact. Mais, au-delà de la dispensation, une vraie journée optométrique aujourd'hui, il y a beaucoup plus de temps ou, en tout cas, tout autant de temps qui est consacré à des examens et des soins ophtalmiques, c'est-à-dire à l'évaluation de la santé oculaire tout d'abord et au traitement, si possible.

Alors, d'abord faire une mise en situation. Pour pratiquer l'optométrie au Québec, nous devons être membres de l'Ordre des optométristes du Québec et détenir un doctorat professionnel, qui est un doctorat maintenant de cinq ans, donné par deux universités, l'Université de Montréal pour les francophones et l'Université de Waterloo en Ontario, ou l'équivalent, ou un diplôme équivalent généralement d'une autre université nord-américaine. Ce diplôme nous mène à la dispensation de lentilles ophtalmiques, comme je le disais précédemment, mais aussi à beaucoup d'autres interventions d'évaluation et de traitement en vue de maintenir la santé ophtalmique des patients québécois. Alors, une partie très importante de notre journée se passe à l'évaluation, comme je le disais, de la santé des yeux et non seulement des besoins de correction, lunettes.

Petit historique. Depuis 1995, les optométristes ont été autorisés à utiliser des médicaments pour fins d'examen des yeux. Alors, souvent, dans la pratique de tous les jours, un patient nous consulte et, au moment de l'examen, on peut difficilement aller évaluer toute la santé oculaire de la section postérieure de l'œil. Alors, on peut, depuis 1995, utiliser des médicaments pour dilater la pupille de l'œil, aller mieux observer et mieux évaluer la situation. Depuis 2003, les optométristes sont aussi, les optométristes détenteurs d'un permis spécial sont aussi autorisés à utiliser des médicaments topiques pour traiter certaines maladies des yeux, particulièrement les maladies du segment antérieur. Alors, plus de 920 quelques des 1 250 optométristes au Québec peuvent prescrire de tels médicaments et aussi enlever des corps étrangers de la surface de l'œil. Alors, on parle de maladie, un œil rouge, les paupières, les infections des paupières, de la cornée, de la conjonctive, alors la partie antérieure de l'œil. Et ils peuvent aussi, avec ce permis spécial, modifier ou renouveler une ordonnance d'agents antiglaucomeux avec l'accord du médecin prescripteur qui est généralement un ophtalmologiste dans la plupart des cas.

Alors, on parle ici de services d'évaluation, aussi de services de suivi de santé ophtalmique et on parle aussi de traitements qui, selon le cas, consisteront soit en des orthèses, des lunettes, soit de la rééducation visuelle, de l'orthoptique et maintenant des médicaments, si nécessaire. L'optométrie est une profession de première ligne, on peut facilement imaginer qu'un patient consulte un optométriste lors d'un examen de routine parce qu'il commence à trouver, en début quarantaine, que son texte est un peu trop près, il a besoin d'aide pour réussir à passer au travers de sa journée de travail, ou encore, il s'est levé un bon matin avec un œil rouge et puis, les choses étant ce qu'elles sont, il peut consulter

un optométriste de sa région assez rapidement, avec ou sans rendez-vous, et désengorger les cliniques sans rendez-vous, les urgences d'hôpitaux pour un simple problème oculaire.

Le travail en ce sens ressemble à celui d'un omnipraticien. Souvent, l'optométriste est la première personne consultée pour entrer dans le domaine des services de soins au niveau évidemment ophtalmique. Évidemment, l'optométriste ne prétend pas remplacer quiconque dans le système de santé; il ne prétend pas, mais il est sûr de compléter ces services. Il a un rôle complémentaire à celui de l'omnipraticien et celui de l'ophtalmologie.

Peut-être juste vous rappeler qu'en 2003 la collaboration a été la collaboration qui se maintient toujours sur le terrain de façon exemplaire — maintenant qu'il y a les omnipraticiens, les ophtalmologistes et les optométristes — exemplaire parce que l'entente et l'approbation gouvernementale, en 2003, est venue à la suite d'une entente entre le Collège des médecins, l'Ordre des pharmaciens et les optométristes, ce qui facilite beaucoup les choses sur le terrain, aujourd'hui.

Les services sont accessibles pour 1 257 optométristes au Québec, répartis dans toutes les régions, alors qu'on sait très bien que les médecins spécialistes sont plutôt répartis près des grands centres. Alors, d'autant plus important de penser aux optométristes quand on pense aux réseaux locaux, particulièrement dans les petites municipalités. Alors, ils sont non seulement répartis de façon exemplaire, mais ils travaillent plusieurs heures. Ils sont ouverts souvent le soir. La plupart des bureaux d'optométrie sont ouverts deux, trois soirs semaine, sinon tous les soirs, le samedi, certains bureaux même le dimanche. Alors, quand on se lève... je donnais l'exemple, tout à l'heure, de se lever un matin avec une infection oculaire, bien il est probable qu'on va trouver, dans la demi-journée qui suit, un rendez-vous dans un cabinet d'optométrie près de chez nous.

Le projet de loi n° 83 et les optométristes. Avec ces quelques éléments descriptifs, vous avez sûrement une meilleure idée de ce qu'on peut apporter dans les réseaux locaux. Alors, ceci étant dit, vous en arriverez peut-être à mieux comprendre les préoccupations que l'ordre peut avoir concernant le projet de loi n° 83 qui est présenté comme ayant pour but de permettre l'émergence d'une offre de service dite intégrée. Il nous apparaît ainsi que, si l'on veut véritablement faire en sorte que le système de santé québécois soit conçu de façon à offrir à la population une gamme intégrée de services, il faut dès maintenant s'assurer d'éliminer certains obstacles législatifs et de mettre en place les assises nécessaires pour y arriver. À cet égard, il faut penser à moyen et à long terme et envisager l'avenir au-delà des besoins et des plans actuels immédiats. Il faut imaginer qu'il pourrait arriver, dans un avenir plus ou moins rapproché, que le réseau de santé québécois, tel qu'il sera configuré une fois le projet de loi n° 83 adopté, souhaitera pouvoir intégrer à sa gamme de services des services rendus non seulement par les médecins qui exercent en cabinet privé, mais aussi des services rendus par d'autres professionnels de la santé, comme nous, les optométristes, ou comme les dentistes que vous connaissez bien, évidemment, alors... et particulièrement en cabinet privé.

Bien sûr, même avec de tels ajustements législatifs, on ne s'imagine pas que, le lendemain de l'adoption du projet de loi n° 83, tous les optométristes seraient appelés à conclure des ententes de services avec les réseaux locaux ou encore qu'ils seraient intégrés en établissement. Encore une fois, il s'agit plutôt d'en arriver à éviter que, le jour où de telles mesures seraient souhaitées par le gouvernement, qu'elles soient jugées pertinentes en fonction des besoins de la population, il y aura possibilité de le faire, qu'il n'y aura pas d'obstacle législatif à ce moment-là.

De façon à vous permettre d'identifier quelques-uns des éléments du projet de loi n° 83 qui nous apparaissent constituer de tels obstacles, je cède la parole à Me Laverdière.

M. Laverdière (Marco): M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. membres de la commission, bonjour. Alors, comme le Dr Chassé vous l'expliquait, on a fait l'analyse du projet de loi n° 83 en vue d'identifier d'éventuels obstacles à une participation des optométristes à des réseaux locaux ou en partenariat avec des réseaux locaux. Ces obstacles-là qu'on a pu identifier seraient évidemment applicables, si c'est le cas, à des optométristes, mais aussi à d'autres professionnels qui exercent dans la communauté, en cabinet privé, et qu'on ne retrouve pas traditionnellement dans le réseau de la santé. Là on peut penser aux physiothérapeutes, aux dentistes, aux ergothérapeutes, enfin, là, plein de gens, là, qui sont des professionnels de la santé reconnus et qu'on retrouve, plus souvent qu'autrement, en cabinet privé.

Alors, l'analyse, on l'a faite avec ça à l'esprit, mais aussi en partant du projet de loi n° 25, là, que vous avez eu l'occasion, là, d'étudier il y a deux ans. Et on avait remarqué, dans le projet de loi n° 25, que l'article 25 prévoyait que les réseaux locaux devraient être constitués en vue d'impliquer ou, enfin, sur la base d'une implication des différents groupes de professionnels du territoire de façon à favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activité du territoire et de façon à s'assurer de la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires à la prestation de santé et de services sociaux. Alors, on se disait, à l'époque: Bien, voici quelque chose qui est assez large, qui ne pose pas d'obstacle, là, à court, moyen ou long terme à ce qu'il y ait une implication des optométristes. Et c'est vrai aussi, là, comme je le disais, pour d'autres professionnels qui exerceraient en cabinet privé.

● (16 h 20) ●

Comme on comprend que le projet de loi n° 83 est en quelque sorte la suite logique du projet de loi n° 25, on a essayé de retrouver cette même orientation là dans le projet de loi n° 83, et en fait on la retrouve, là, dans son essence, mais avec quelques éléments qui, à notre sens, constituent peut-être des obstacles inutiles.

D'abord, il nous apparaît qu'on devrait reprendre, dans les dispositions du projet de loi n° 83, en fait qui vont être des dispositions qui seraient intégrées dans la loi-cadre du réseau de la santé, cette orientation générale là qui vise à permettre la contribution de tous les intervenants, là, pertinents du territoire, donc y compris les professionnels de la santé qui exercent en cabinet

privé. Et à notre sens, ça devrait être fait à l'article 99.5, en fait, ce qui serait le nouvel article 99.5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, où on devrait viser nommément les cabinets privés de professionnels de la santé, évidemment pas n'importe quel cabinet privé, là, ceux qui auraient, d'une façon ou d'une autre, convenu d'une entente avec les réseaux locaux.

On est au niveau des orientations générales. Ici, de façon plus particulière au niveau de la mécanique, il y a deux choses qu'on a identifiées. D'abord, au niveau des intervenants spécifiques, là, mentionnés spécifiquement dans la loi avec lesquels les réseaux locaux pourraient conclure des ententes, bien, il nous apparaît qu'il faudrait les nommer ou identifier les cabinets privés de professionnels de la santé au nouvel article 99.7 de la Loi sur les services de santé ou les services sociaux, et encore une fois toujours en se disant qu'il n'y aura pas d'obligation pour les réseaux locaux, pour les instances locales d'établir ces ententes-là ou de convenir de ces mécanismes-là, mais tout simplement pour leur permettre de le faire le jour où ils penseront que c'est pertinent de le faire.

Autre élément qui est lié cette fois-ci au service de conservation, là, qui sera finalement l'espèce de point de chute central, là, pour les informations sur l'état de santé, enfin sur les services qui sont rendus à la population. On remarque qu'à l'article 520.16... ou le nouvel article 520.16 de la loi on ne mentionne que les médecins, pharmaciens, infirmières et candidates infirmières comme professionnels exerçant en cabinet privé qui pourraient avoir accès aux informations du service de conservation. Évidemment, encore une fois, là, ce qu'on propose, nous, c'est de viser les cabinets privés de professionnels de la santé, ce qui inclut encore une fois les optométristes évidemment qui auraient convenu d'une entente. Donc, là, il ne s'agit pas de le faire largement, mais toujours en ciblant ceux qui auraient convenu d'une entente avec les réseaux locaux.

Toujours au niveau du service de conservation. On vous signale, là, qu'il nous semble y avoir une ambiguïté aux articles... enfin, une ambiguïté ou quelque chose qui nous amène à poser une question, là, au niveau des articles 520.7 et 520.9 qui sont proposés dans le projet de loi. D'une part, on prévoit que seuls les renseignements provenant des médecins et des pharmaciens qui exercent en cabinet privé, là — je parle ici uniquement des cabinets privés — pourront être versés dans les services de conservation en question, alors qu'à l'article 520.9 on prévoit, dans les types de renseignements qui peuvent être conservés, des renseignements qui concernent la médication comprenant les médicaments et les échantillons qui ont été délivrés aux patients ou administrés depuis moins d'un an par un professionnel de la santé dans un cabinet privé de professionnels. Alors, pour nous, ça ne semble pas très clair de constater, là, d'une part qu'il y a un article qui dit que «seuls les médecins ou les pharmaciens exerçant en cabinet privé — là j'exclus évidemment les intervenants qui sont issus des établissements — pourront verser les informations dans le service de conservation», alors que par ailleurs on a une typologie, là, une classification possible, là, qui inclut des renseignements concernant des médicaments qui seraient administrés par d'autres professionnels. Et là on peut imaginer, là, tous les

professionnels qui peuvent, dans leur cabinet, administrer des médicaments. C'est vrai pour les optométristes, là, mais c'est vrai aussi pour un certain nombre d'autres professionnels.

En terminant, tout simplement réitérer que la solution qu'on met de l'avant, elle est très simple, là, c'est de ne pas oublier, à ces différents articles-là et peut-être à d'autres, là, qui auraient pu nous échapper, là, de référer ou de prendre en compte l'apport que pourrait constituer la pratique des professionnels en cabinet privé, en comprenant évidemment que ce seront ceux qui auront convenu des ententes avec les réseaux locaux, là, qui devraient avoir soit des privilèges d'accès aux services de conservation, ou d'autres privilèges ou d'autres possibilités qui seraient offertes par la loi. Alors, voilà, ça complète ma présentation.

Mme Chassé (Lise-Anne): Je veux juste compléter par quelques mots. Alors, vous constatez que notre intervention consiste uniquement à souhaiter que le projet de loi n° 83 ne prive pas le système de santé québécois, et plus particulièrement les réseaux locaux, d'éventuelles possibilités de mettre à contribution tous les professionnels qui exercent en cabinet privé, comme les optométristes, même si dans l'immédiat les orientations ciblent davantage certains professionnels comme les médecins, pharmaciens et infirmières. Vous aurez compris aussi que, si à titre d'ordre professionnel, on tenait à vous transmettre ce message dans le cadre de la réalisation de notre mission première de veiller aux intérêts du public, entre autres lorsqu'il est question de la contribution positive que pourraient éventuellement apporter les optométristes dans le cadre du système de santé québécois, c'est que c'est ce que nous souhaitons. Merci de votre attention.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Mme Chassé, M. Laverdière, pour votre présentation aujourd'hui. Effectivement, on a été en contact, vous vous en souviendrez, peu longtemps après notre accession au gouvernement, pour le règlement qui vous permet d'étendre votre pratique et la prescription de certains médicaments. Je crois que ça a été fait pour le bénéfice de la population et que plusieurs s'en félicitent partout au Québec.

Dans vos remarques, je dirais qu'il y a un élément sur lequel je suis en accord puis un autre avec lequel je suis non pas en désaccord, mais en léger différend avec vous, sur le plan des craintes que vous exprimez. Celui-ci, c'est l'endroit où vous nous dites: Bien, écoutez, il ne sera pas possible pour un réseau local... ou une instance locale, pardon, afin de constituer son réseau, de conclure une entente avec un bureau d'optométristes dans le libellé actuel. Je suis plus ou moins d'accord avec ça. Si vous consultez le projet de loi, l'article 99.7, au deuxième alinéa, je vais vous le lire: «instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services et partenaires que sont, notamment — le mot "notamment" est important parce que, quand on inclut le mot "notamment", ça veut dire que c'est ouvert à beaucoup d'autres possibilités;

notamment — les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées».

Alors, je pense que, là, toute la disposition qui permet à une instance locale de conclure une entente avec un bureau d'optométristes, si ça fait partie de leur projet d'organisation clinique et organisationnelle, d'avoir ce lien-là, à mon avis, je ne vois rien là qui empêche de faire une telle entente. Est-ce que vous ne pensez pas que c'est le cas?

Mme Chassé (Lise-Anne): C'est au moins rassurant de l'entendre. Et, si c'est l'intention du projet de loi, c'est l'objectif que nous recherchons, mieux comprendre.

M. Couillard: Parce que, quand on le mot «notamment», c'est toujours important, hein?

M. Laverdière (Marco): C'est ce qu'on appelle le mot magique en droit, «notamment», qui ouvre toutes les possibilités, puis je pense qu'effectivement on pourrait l'interpréter dans ce sens-là. Maintenant, on vise de façon particulière les médecins du territoire dans le règlement. On comprend bien que les médecins ont un rôle particulier et très important dans le réseau de la santé. On ne s'attend pas à ce qu'il y ait une énumération des 25 ou 26 professions de la santé au Québec. Mais on pensait qu'il aurait été bien aussi de venir illustrer ou de venir préciser ici qu'il y a une ouverture au cabinet privé de professionnels de la santé.

Mme Chassé (Lise-Anne): Et est-ce que ça règle la question au niveau de la conservation des renseignements?

M. Couillard: Bien ça, je vais y venir dans un instant. C'est que, regardez, à ma droite, il y a un membre de l'Ordre des dentistes, il n'y a rien qui empêche un réseau, une instance de faire une entente avec un cabinet de dentistes également, selon le même libellé. Une fois qu'une entente de services est conclue dans le cadre d'un projet d'élaboration de services, dans le cadre de cette entente-là, on peut avoir acheminement, avec consentement de l'usager, de certains renseignements entre l'instance locale et le partenaire, des renseignements qui seraient pertinents à votre zone de pratique.

Là où vous avez raison — et je pense que votre remarque est certainement utile — pour nous, c'est la question des médicaments parce qu'effectivement la question du dossier médical électronique, une de ses composantes les plus essentielles — tout le monde est d'accord là-dessus — c'est le profil pharmacologique des gens. C'est là qu'on va vraiment avoir des soins plus sécuritaires, éviter des accidents médicamenteux que vous connaissez, là, qui sont liés à des allergies ou des contradictions entre deux médicaments.

Et effectivement le projet actuellement ne permet pas d'inclure au profil pharmacologique les médicaments prescrits par des optométristes ou même des dentistes qui prescrivent également certains médicaments. Alors, je dirais que c'est une imperfection qu'on est certainement disposé à corriger suite à votre intervention.

Le Président (M. Copeman): Tout le monde a l'air heureux. Bon. C'est bien. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole heureuse de l'opposition officielle en matière de santé.

● (16 h 30) ●

Mme Harel: Écoutez, je ne veux pas jouer les trouble-fêtes, là, tout a l'air de bien se passer. Donc, je comprends que, suite à l'échange que vous avez eu, Mme Chassé, M. Laverdière, avec le ministre, je comprends qu'il y aura donc modification au libellé du texte du projet de loi n° 83 pour donner suite à cette demande, donc dans le cas évidemment d'entente, pour qu'il puisse y avoir accès au dossier patient. Est-ce que c'est ce que vous avez compris, Me Laverdière? Vous avez l'air dubitatif.

M. Laverdière (Marco): Je vois le ministre qui n'a pas l'air d'avoir...

Mme Harel: Non, ce n'est pas ça. Bon. Bien, je vais lui laisser la chance de préciser.

M. Couillard: Alors, deux choses. D'abord, le projet de loi permet de faire une entente entre l'instance locale et un cabinet d'optométriste. Advenant le cas où il y a une entente...

Mme Harel: Ça, c'est la loi n° 25?

M. Couillard: Dans le projet de loi actuel...

Mme Harel: Dans le projet de loi.

M. Couillard: ...99.7, deuxième alinéa, le projet de loi prévoit de faire une entente semblable. Advenant le cas où une entente semblable est conclue, il y a donc un plan de services et, dans cette situation, le partenaire, qui est alors le cabinet d'optométriste, peut recevoir de l'instance locale certaines informations avec consentement, on l'a vu pendant nos discussions, qui sont pertinentes au type de services qui vont être rendus par le cabinet de l'optométriste. Ça, c'est une chose.

La deuxième chose, c'est que, lorsqu'on constitue le dossier médical informatisé dans la base de conservation régionale, on nous fait remarquer — avec, je crois, beaucoup d'à-propos — que le profil pharmacologique, tel que rédigé actuellement, ne permet pas d'inclure les médicaments prescrits par d'autres que des médecins. Donc, par exemple, des optométristes ou des dentistes qui font également des prescriptions, à l'occasion, d'antibiotiques. Alors, certainement qu'on veut savoir les antibiotiques que quelqu'un a pris et ou est en train de prendre. Alors, je pense que c'est très justifié comme remarque, et on est prêts à apporter cette correction.

Mme Harel: Alors, c'est donc dire que... Je notais en fait, dans le mémoire que vous nous présentez, qu'il y a eu une évolution assez rapide. Notamment dans les derniers mois, là, je constate, dans ce mémoire, que vous nous parlez du 23 octobre 2003. En fait, il y a un an et demi maintenant à peine où un autre permis était délivré permettant l'administration de prescription de médicaments à des fins thérapeutiques. Alors, c'est en

constante évolution. C'est ce que je constate. Et ce que vous souhaitez, c'est que la mise en place de l'ensemble de l'informatisation patient suive cette évolution. C'est ce qu'il faut comprendre de ce que vous nous recommandez aujourd'hui. C'est bien ça?

Mme Chassé (Lise-Anne): Oui, en partie. Ça fait partie de la mécanique qui doit accompagner, si on veut, les interventions que l'optométriste pourrait faire dans un réseau local suite aux ententes qu'ils auraient conclues à ce moment-là, oui.

Mme Harel: Alors, c'est donc dans la mesure où il y a des ententes, lesquelles ententes, nous dit le ministre, sont prévues à l'article...

Une voix: 99.7.

Mme Harel: ...99.7. Et lesquelles ententes permettent, dans des cabinets de professionnels, d'avoir accès, à ce moment-là, au profil pharmacologique. Non, c'est par la conservation au niveau régional. C'est bien ça.

M. Laverdière (Marco): Je serais tenté de faire peut-être en fait... pas une mise en garde, mais peut-être d'attirer votre attention sur le fait que, oui, les médicaments, évidemment c'est important, là. Il faut sans doute que toute l'information, là, qui est issue des différents prescripteurs du territoire ou des différents professionnels qui utilisent des médicaments sur le territoire soit conservée, qu'il y ait cette possibilité-là. Mais je pense aussi que d'autres types d'interventions qui ne passent pas par l'administration ou la prescription de médicaments qui peuvent être importantes de conserver, là, dans le cas des optométristes... N'étant pas optométriste moi-même, là, je serais mal équipé pour vous dire exactement, là, quel type d'information. On peut penser, par exemple, à des photos de fond d'oeil ou enfin des choses comme ça, là, qui sont des informations qui sont relativement importantes, là, pour des soins ou même une description, là, d'un épisode de soins, là, qu'il peut être important de conserver dans un dossier patient, là, centralisé, si on l'appelle comme ça maintenant. Donc, l'ouverture pour les médicaments, je pense que c'est une bonne chose, on l'apprécie sans doute, mais peut-être concevoir, là, l'ouverture à des éléments qui ne portent pas seulement sur la pharmacothérapie.

Mme Chassé (Lise-Anne): Oui, parce qu'on citait l'exemple du diabète, là. Particulièrement les optométristes québécois sont impliqués de plus en plus dans le suivi des rétinopathies diabétiques. On est interpellés particulièrement en région, je le disais tout à l'heure, où les spécialistes sont un petit peu moins disponibles. On est interpellés particulièrement par les endocrinologues des régions qui ont de la difficulté à avoir un suivi de leurs patients déjà déclarés diabétiques. Alors, je pense que ce sont des renseignements essentiels qui devraient être partagés dans les réseaux locaux. Mais ça, c'est tout un autre dossier que peut-être avoir une politique intégrée de gestion du diabète au Québec. Je sais que ce n'est pas le but de la commission, mais c'est un de nos

objectifs, les optométristes, au Québec, d'être une partie, participer activement.

Je suis déjà membre du conseil d'administration de Diabète Québec et je suis interpellée souvent là-bas par cette difficulté-là que vivent les endocrinologues, particulièrement, comme je le disais, en région, à trouver les ressources. Et évidemment, au niveau du réseau privé, elles sont là, les ressources, mais moyennant d'autres moyens que les services couverts par notre régime d'assurance maladie. Mais on n'est pas ici pour discuter de ça aujourd'hui. Mais c'est un exemple que Me Laverdière soulignait qui est vécu fréquemment. À toutes les semaines, dans nos bureaux, on a à faire ce suivi-là, et mon patient va peut-être à un centre du diabète aussi tout près de chez nous. Alors, ce serait important que l'information que, moi, j'ai dans mon bureau puisse être communiquée aux deux intervenants sur le même patient. Dans ce cas, c'est un peu simpliste comme approche, mais c'est aussi simple et efficace comme approche.

Mme Harel: Dois-je comprendre que, s'il y a entente avec le réseau local, il y aura la possibilité qu'il y ait cet échange d'informations?

Mme Chassé (Lise-Anne): Sûrement. Il faudrait que ça fasse partie de l'entente. Je pense que c'est non seulement essentiel, mais je pense qu'il ne pourrait pas y avoir d'entente sans ça. N'est-ce pas, M. le ministre? Qu'il y ait le partage d'informations des services qui sont demandés à l'optométriste, comme par exemple un suivi du diabète d'un patient dans une région, s'il y avait une entente avec un centre local.

M. Couillard: Bien oui, il faut qu'il y ait une entente avant ça.

Mme Chassé (Lise-Anne): C'est ça.

Mme Harel: La loi prévoit qu'il puisse y avoir entente. C'est la loi n° 25 à ce moment-là. C'est bien ça? C'est l'article 99.

M. Laverdière (Marco): C'est 99.7 avec le mot «notamment», comme le soulignait le ministre, qui le permettrait, même si on n'identifie pas spécifiquement ces cabinets-là. Et je reviens...

Mme Harel: Vous pensez qu'il vaudrait mieux les spécifier comme tels? Celle de garder le «notamment»...

M. Laverdière (Marco): Bien, encore une fois, on parlait, nous, de cette identification-là précise qu'on retrouvait dans le projet de loi n° 25. Et, puisqu'on comprend le projet de loi n° 83 comme étant une suite logique, on se disait: Pourquoi ne pas la reprendre ici? Est-ce qu'il y a eu un changement d'intention ou est-ce qu'on a voulu tout simplement simplifier le texte, ce qui n'est pas impossible aussi?

Mais on se disait que, si on était capable, dans le projet de loi n° 25, d'identifier les groupes de professionnels du territoire — entre autres choses, j'ai fait l'énumération tout à l'heure — on pouvait peut-être le refaire au projet de loi n° 83, enfin, dans les nouvelles

dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Mais je conviens que ce n'est pas essentiel puis que ça... Je pense que juridiquement ou sur des bases contractuelles, il y aura moyen aussi de faire des choses avec le mot «notamment».

Par ailleurs, pour l'accès à l'information, il y avait un autre élément, je pense, qui avait été soulevé par M. le ministre sur la possibilité de fonctionner avec le consentement du patient. Évidemment, avec le consentement du patient, on peut avoir accès à tout le... C'est soit la loi qui permet à un professionnel d'avoir accès à de l'information ou de la transmettre ou enfin le consentement du patient. Alors, oui, c'est vrai, je pense, d'un point de vue juridique. Ça s'observe moins bien par contre dans le fonctionnement d'un système. On ne fonctionne pas sur cette base-là dans le réseau de la santé de façon constante. On fonctionne aussi avec des habilitations législatives qui sont prévues dans le cadre même de la loi pour permettre à chacun de fonctionner sans trop, si vous me permettez l'expression, s'enfarger dans l'exigence du consentement tout le temps.

Quand on comprend qu'on fonctionne dans un système, on comprend que, à un moment donné, les professionnels à l'intérieur fonctionnent avec un certain nombre d'habilitations qui ne permettront pas à n'importe qui d'avoir accès à n'importe quoi, mais qui vont quand même permettre une certaine transmission de l'information assez efficace.

Mme Harel: C'est donc dire que la relation, par exemple, de confiance qu'il y a entre un individu usager d'un service et le professionnel n'est pas suffisante lorsqu'il s'agit d'une approche systémique où il faut une habilitation pour entrer dans le système. C'est ça?

• (16 h 40) •

M. Laverdière (Marco): Enfin, il y aurait sûrement une façon de le régler par un consentement qui serait donné à certains moments de l'épisode de soins. Mais, moi, enfin, pour ce que je connais de la structure juridique du réseau de la santé, ce n'est pas quelque chose qu'on a l'habitude de faire à différents moments. On va chercher des consentements pour les soins à certains moments pour l'échange d'informations dans des conditions particulières, mais autrement, quand on rentre dans un établissement, on sait qu'il y a un partage d'informations entre l'équipe soignante, entre l'équipe d'intervenants, et ça pourrait, je pense, être vrai aussi dans le cadre d'un réseau local.

Alors, si on a permis, par exemple, aux médecins et aux pharmaciens de pouvoir verser de l'information dans le service et de pouvoir en retirer, c'est parce qu'on a compris qu'on ne voulait pas fonctionner sur des bases de consentement constant, là, pour faire ce genre d'opération là avec eux. Et là ce que, nous, on vient dire, c'est: Pourquoi ne pas le faire plus largement? Encore une fois, là, pas pour tous les professionnels de la santé en privé mais pour ceux qui ont des ententes avec le réseau local.

Mme Harel: Ça supposerait donc, à ce moment-là, qu'il y ait une modification à 99.7, paragraphe 2°?

M. Laverdière (Marco): Pour ce qui est de 99.7, je pense que c'est plus au niveau des ententes qui peuvent être convenues par le réseau local, là, l'instance

locale et les intervenants du territoire. Quand on est sur les questions du service de conservation, là on est plus dans les articles 520... enfin, nous, on avait identifié 520.16, et 520.7, et 520.9.

Mme Harel: Donc, vous nous dites: 520.16?

M. Laverdière (Marco): 520.16, on y décrit, là, les intervenants habilités, et ça, c'est les intervenants dans le fond qui sont effectivement habilités, là, à accéder aux informations du service de conservation, selon le profil d'accès qu'il aurait attribué. Là, évidemment, là, je devine que les informations de nature psychiatriques ne seront pas accessibles à quelqu'un qui n'a pas à les consulter, là, parce qu'il n'intervient pas sur ce volet-là, et c'est vrai aussi pour des informations de nature physique qui ne le seront pas, là, pour d'autres intervenants.

Mais, dans cet article-là, 520.16, on identifie, là, les intervenants. On parle des médecins qui exploitent un cabinet privé de professionnels, on parle des pharmaciens en pharmacies communautaires, qui sont en fait des pharmaciens en cabinet privé, là, si on transpose, et d'infirmières et de candidates infirmières qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnels de médecins, mais on n'identifie pas les autres types, là. Et, encore une fois, il y a les optométristes, là, c'est ce qui nous concerne, nous, mais on peut penser aussi à d'autres territoires: on parle des dentistes, psychologues, physiothérapeutes, et ainsi de suite.

Mme Harel: Alors, c'est donc dire que, sans y être mentionné, donc sans avoir ce statut de personnes habilitées, il serait très difficile d'avoir accès finalement à ce profil, là, d'information?

M. Laverdière (Marco): Encore une fois, comme M. le ministre le soulignait, sur la base d'un consentement on peut avoir accès à à peu près tout, là; il n'y a jamais de difficulté avec le consentement du patient. Sauf que ce qu'on souligne, c'est que ce n'est pas, je pense, la façon habituelle de fonctionner dans un système intégré, là, en tout cas, nous, on le voit comme ça. Et, si on peut identifier à 520.16 un certain nombre d'intervenants qui pratiquent en cabinet privé, ce qu'on dit, c'est: Pourquoi ne pas les identifier plus largement, là? Il y a 25 professions de la santé au Québec reconnues au sens du Code des professions, alors pourquoi ne pas les identifier plus largement, et toujours en se disant que, le lendemain de l'adoption, là, ce n'est pas tous ces professionnels-là qui vont avoir accès, c'est ceux qui auront signé une entente avec le réseau local? Donc, on pourrait prendre soin de spécifier que c'est ceux qui ont signé cette entente-là ou qui ont... peu importe que ce soit une entente ou un mécanisme, là, quelconque, là.

Mme Harel: Je vous remercie, parce que je pense que ça vient éclairer les travaux qu'on pourra mener si on se rend à l'étude article par article du projet de loi. Ce serait la première fois que le ministre de la Santé ferait adopter une loi dans le secteur de la santé sans qu'elle soit sous bâillon. Parce que, depuis deux ans, les seules lois adoptées dans le secteur de la santé l'ont été sous bâillon, après une heure et demie, deux heures à

peine de travaux en commission parlementaire. Mais, si on peut... moi, j'assure, M. le Président, de notre collaboration pour nous rendre à l'article 520.16. Alors, soyez assuré qu'on va regarder ça avec attention.

Il y a aussi les établissements surspécialisés qui ont demandé également de pouvoir être intervenants habilités, en disant toutes les difficultés que ça représente. Ce n'est pas parce qu'il y a un consentement individuel que le système vous permet d'entrer dans le système. Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, Mme la présidente Chassé, M. Laverdière. Merci d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de l'Ordre des optométristes du Québec. Et j'invite les représentants des groupes Action Autonomie, Auto-Psy et Droits et Recours Laurentides à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission poursuit ses travaux. Et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentants d'Action Autonomie, Auto-Psy et Droits et Recours Laurentides, trois groupes régionaux de promotion et défense des droits en santé mentale. Je ne sais pas si c'est M. Boisclair qui commence. Alors, bonjour à vous.

Je vous l'explique, puis je vous explique comme je le fais avec chaque groupe, nos façons de fonctionner. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation — et je suis malheureusement obligé d'être assez sévère dans l'attribution du temps — et ce sera suivi par un échange avec les parlementaires d'une durée maximale de 30 minutes, partagées équitablement avec les parlementaires des deux côtés de la table. Je vous invite à présenter les personnes qui vous accompagnent et de débiter votre présentation, tout en vous... Encore une fois, je vous offre nos excuses pour le délai. Nous sommes, ici, à la commission, tributaires des travaux de l'Assemblée nationale qui nous a retardés de quelques minutes, cet après-midi. Alors, on s'excuse collectivement. Nous sommes à l'écoute.

Action Autonomie, Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, Auto-Psy, région de Québec, et Droits et Recours Laurentides inc. — Groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale

M. Boisclair (Yvon): Bonjour. Yvon Boisclair. M. le Président, M. le ministre, mesdames, messieurs. Action Autonomie, Montréal, Droits et Recours des Laurentides, Auto-Psy, Québec, sont trois groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale appartenant au mouvement d'action communautaire autonome. Nos trois groupes font partie d'une association provinciale, l'AGIDSMQ, Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale. Nos groupes couvrent les territoires de Montréal, de Québec et des Laurentides. Notre histoire est celle des personnes qui ont revendiqué pour elles les mêmes droits accordés aux personnes utilisatrices de services de santé, tel le droit au consentement aux soins, le libre

choix du professionnel et de l'établissement, sur la base de la reconnaissance de leur citoyenneté.

Par ailleurs, le mouvement de défense des droits est un des principaux instigateurs de débats sociaux autour de la question de la folie. Le mouvement de défense des droits a permis aux personnes concernées d'agir à titre d'expertes. Elles ont pu ainsi identifier pour elles-mêmes les obstacles et les solutions à la pleine reconnaissance de leurs droits ainsi qu'à leur intégration sociale.

● (16 h 50) ●

La mission de nos groupes vient de l'initiative et de l'implication des personnes concernées qui, en tant que citoyennes, revendiquent également des changements de pratiques dans le secteur de la santé mentale et des améliorations de leurs conditions de vie, soit l'accès au travail, à l'éducation et au logement. L'objectif de notre présentation est de partager notre réflexion sur la question du consentement à la circulation des renseignements personnels et le respect de la vie privée ainsi que sur notre intégration, dans la loi, comme mécanisme de traitement de plaintes et de faire connaître nos recommandations sur ces questions.

Mme Denise Brouillard va nous entretenir sur des commentaires sur la confidentialité.

Le Président (M. Copeman): Mme Brouillard.

Mme Brouillard (Denise): Bonjour. Je suis des Laurentides. La confidentialité, le consentement à divulguer des informations sur soi, le respect de la vie privée sont des droits fondamentaux de notre société québécoise. Notre démocratie repose sur de tels droits. Des secteurs plus sensibles comme celui de la santé mentale sont de bons indicateurs pour guider nos réflexions, pour guider aussi le législateur. Le projet de loi n° 83 tel que présenté généralise ce qui devrait demeurer tout à fait exceptionnel, la perte de contrôle des citoyens et des citoyennes sur la divulgation et la circulation de renseignements confidentiels qui les concernent. Nous ne saurions dire à quel point nous sommes inquiets. Sans le consentement de la personne, le projet de loi propose que des renseignements confidentiels circulent à travers l'immense toile tissée par les réseaux locaux de services intégrés, que les destinataires de ces renseignements soient du secteur public ou du secteur privé. Personne ne devrait être privé d'emblée de son droit de consentir dès que son état nécessite un service de santé ou un service social. De plus, il serait inconcevable qu'une personne puisse légalement être dirigée vers un partenaire, un sous-traitant, un organisme communautaire, une entreprise d'économie sociale, une ressource privée, une ressource de type intermédiaire sans son consentement et sans consentir non plus à la nature des renseignements confidentiels qui seront transmis.

Dans le secteur de la santé mentale, une telle tangente prend des proportions dramatiques. L'exercice du droit de consentir aux soins, pourtant garanti dans la Loi de la santé et des services sociaux, est déjà vécu par plusieurs personnes comme un marchandage ardu nécessitant un déploiement d'énergie dont souvent les personnes ne disposent pas et s'exposant à des représailles qui peuvent avoir des impacts majeurs sur leur condition de vie. Souvent, toutes les sphères de la vie quotidienne

d'une personne peuvent être impliquées dans un problème de nature psychosociale ou de santé mentale, c'est-à-dire toute son histoire personnelle. Cela peut comprendre son enfance, si elle a vécu des sévices tel l'inceste, son adolescence, les diagnostics, ses habitudes de vie, une évaluation de son rôle parental, les traumatismes vécus, ses fréquentations, ses habitudes de travail, sa scolarité, son orientation sexuelle, ses habitudes sexuelles, le nombre de partenaires, sa vie de couple, ses loisirs, ses habitudes de consommation, son acceptation ou sa non-acceptation de sa maladie, sa médication, etc. Quand toute la vie est dans le continuum de services, quel espace privé te reste-t-il? Aussi, les personnes sont souvent stigmatisées à l'intérieur même du réseau de santé et de services sociaux. Combien de fois avons-nous accompagné une personne afin qu'elle puisse recevoir des services en santé physique alors qu'on lui disait que ses symptômes faisaient partie de sa problématique. Trop souvent encore, des intervenants et intervenantes accordent peu de crédibilité aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Trop souvent cette étiquette vient altérer le respect de leurs droits fondamentaux en tant que citoyens et citoyennes. Il est vital que chaque personne garde le contrôle sur l'information qui circulera sur elle. Il nous apparaît essentiel que toute intervention soit faite dans une démarche d'appropriation du pouvoir et non de prise en charge et de perte d'autonomie. Or, de manière générale, le projet de loi nie le droit qu'ont les personnes de consentir ou non à la divulgation et à la circulation des renseignements confidentiels qui les concernent et par conséquent aux conditions devant entourer l'exercice libre et éclairé de ce droit.

En ce qui concerne le nouveau titre II, Services de conservation de certains renseignements aux fins de la prestation de services de santé, nous n'avons pu, faute de temps, analyser en profondeur cet ajout majeur, soit la constitution, si on a bien compris, d'un dossier patient national. La mise en oeuvre d'une centralisation des dossiers des personnes est un développement substantiel et structurel aux impacts multiples. Plusieurs questionnements entourant le débat sur la défunte carte santé à puce sont toujours d'actualité. La plus grande prudence est de mise. À l'instar de plusieurs groupes et organismes qui ont été présents à cette commission, nous sommes d'avis qu'un large et réel débat public doit se faire avant toute mise en oeuvre de ces changements. Aucun aménagement ou nouvelle disposition dans l'organisation et la prestation des services de santé et des services sociaux ne doit atténuer les droits fondamentaux, droits qui sont l'essence même de notre société. Merci beaucoup.

Maintenant, j'aimerais passer la parole à Mme Denise Blais, qui va vous présenter notre opinion sur l'insertion des groupes de défense des droits dans la loi. Merci.

Le Président (M. Copeman): Mme Blais.

Mme Blais (Denise): Merci. Les modifications envisagées par le ministre dans le projet de loi n° 83 à l'égard des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale impliquent des changements majeurs, autant pour les personnes directement concernées,

que pour ces organismes. Pour éviter toute ambiguïté, nous tenons à souligner, dans cette présentation, notre vive opposition à toute initiative et à toute forme d'insertion des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Une telle insertion, peu importe son libellé, est à notre avis incompatible avec les origines, l'histoire, les pratiques, la mission et l'utilité sociale de ces organismes. Nés d'un mouvement initié par les personnes psychiatisées elles-mêmes en 1982, puis reconnus par la suite via la politique de santé mentale en 1989, nous sommes des organismes d'action communautaire autonome, voués à la défense collective des droits et à l'appropriation du pouvoir citoyen. De plus, notre insertion dans la loi va à l'encontre des recommandations du groupe de travail Promotion, respect et protection des droits du ministère de la Santé et des Services sociaux. Un comité intersectoriel qui déjà, en 1990, s'est penché sur ces mêmes questions, ce questionnement, à savoir si un rattachement légal renforcera ou non l'action et le rôle des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale, comme le croit ce débat, n'est pas nouveau.

L'action de nos groupes a constitué aux yeux de tous et constitue encore, selon les dernières consultations auprès de l'ensemble des acteurs du milieu de la santé mentale, notamment les personnes directement concernées, un apport essentiel à l'évolution des pratiques et du système de santé mentale au Québec. Il ne faudrait pas tuer ce dynamisme, particulièrement dans un contexte de grande transformation du système de santé et des services sociaux. Nos organismes assurent en quelque sorte une garantie que les personnes directement concernées, ceux et celles visés par les réformes, auront une voix pour être entendues.

À notre avis, si le ministre veut véritablement soutenir l'action et le développement des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale, il doit s'y prendre autrement. Le projet de nous inclure dans la loi nous apparaît comme une réduction de notre mission, de l'apport des personnes et de leur propre expertise ainsi que du pouvoir de transformation que nous pouvons exercer ensemble. Nous ne pensons pas nous tromper lorsque nous affirmons que le mandat, tel que stipulé dans l'article 32 du présent projet de loi, nous confine dans un rôle réducteur d'aide et d'assistance au dépôt d'une plainte. Ce mandat risque de nous éloigner de la véritable raison d'être de nos groupes. Le mouvement de défense des droits prend son essence non seulement dans l'aide individuelle, mais aussi dans les actions collectives, systémiques et proactives telles qu'elles étaient définies et reconnues dans le cadre de référence, organismes de promotion, respect et défense des droits en santé mentale de septembre 1990.

À cet égard, nous sommes inquiets. Qu'advient-il de l'aide que nous apportons aux personnes qui ne concerne pas le processus de plaintes, ainsi que pour que la personne soit préparée pour faire face à la procédure de requête pour garde en établissement? Qu'advient-il du travail que font nos groupes dans le but d'informer adéquatement les personnes qui désirent faire un choix libre et éclairé dans l'acceptation d'un médicament, ou encore dans la revendication d'un traitement qui répond à leurs besoins? Pourrions-nous continuer

d'appuyer et d'accompagner des personnes dans leurs objectifs de revendiquer des changements de pratique? Dans ce cas, tant pis pour les avancées des dernières années où, par exemple, ce sont les pratiques de contention et d'isolement qui ont été contestées et qui ont amené des orientations ministérielles visant l'élimination de ces pratiques. Pourrions-nous continuer à assurer un rôle de vigilance concernant le fonctionnement ou le dysfonctionnement du système d'examen de plaintes? Étant intégré comme un recours ou un maillon du système de plaintes, pourrions-nous continuer à mettre en pratique le principe du préjugé favorable pour les personnes? Conservons-nous la confiance de ceux et celles que nous aidons et accompagnons et quelle crédibilité aurons-nous à leurs yeux?

● (17 heures) ●

Notre insertion dans la loi, notamment par la venue d'un mandat d'aide et d'assistance aux plaintes spécifiquement pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, nous conduit-elle vers une ghettoïsation plutôt qu'une reconnaissance de leur citoyenneté? Ne va-t-elle pas à l'encontre des objectifs visés par le plan d'action en santé mentale 2005-2008 visant à réduire la stigmatisation et la discrimination? Nous pensons que oui. De plus, présentement, nos actions tendent à sensibiliser les syndicats, les employeurs, la CSST, la sécurité du revenu, les municipalités, le monde de l'éducation face à la réalité et aux droits des personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale.

En vertu des missions que nous nous sommes données ainsi qu'en s'appuyant sur notre cadre de référence, nous sommes en mesure de travailler avec les personnes les questions comme le logement et voir à réclamer des places en HLM, via les municipalités entre autres. Nous sommes également en mesure de travailler l'ensemble de la question des assureurs qui souvent, hélas, refusent aux personnes ayant des diagnostics de maladie mentale l'accès à leurs services. Nous sommes aussi habilités à supporter les personnes victimes de discrimination à l'intérieur de leur emploi. En fait, nous sommes quelque peu une police d'assurance favorisant l'accès à la vie citoyenne des personnes et obligeant l'ensemble des acteurs à agir dans leur sphère d'activité.

Nous pensons que l'histoire et la raison d'être de nos groupes n'ont pas véritablement été prises en compte. Par une telle insertion, nous perdrons d'un même coup la richesse de l'implication des personnes directement concernées, la pression que nous pouvons exercer sur l'ensemble de la société québécoise et retournerons à un système où l'individu n'est mis à contribution que via un mécanisme de traitement de plaintes.

L'expertise développée depuis plus de 15 ans, au sein de notre mouvement, est aussi reniée. En effet, dans le contexte actuel, rien ne nous laisse croire que la personne vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale ne soit pas encore victime de discrimination dans l'ensemble des sphères de sa vie. Rien ne nous laisse croire que la personne est maintenant reçue et écoutée comme une personne et non pas comme une maladie. Rien ne nous laisse croire que l'ensemble des acteurs se sentent concernés et, par le fait même, se responsabilisent dans l'accueil de ces personnes comme citoyennes. Bien au contraire, comme nos membres pourraient le témoigner, les personnes sont de plus en

plus accueillies, triées et référées selon leurs diagnostics. La bataille, pour nous, demeure toujours d'actualité.

Aussi, dans un souci de respect tout autant pour leur implication acharnée dans la politique de santé mentale que dans la société ces dernières années, nous ne pouvons souscrire à notre inclusion dans la loi et, par le fait même, à la limitation de notre mission qui, à moyenne échéance, ferait des personnes non pas des expertes comme enfin elles avaient été reconnues, mais les confinerait à un simple rôle de consommateurs ou de consommatrices des services.

Mais à qui appartient ce mouvement? L'inclusion dans la loi des groupes de défense des droits en santé mentale ne peut que nous amener à soulever cette question, et selon nous ne pas vouloir y répondre serait renier les paroles, les actions, les aspirations des principales personnes concernées. Nous croyons quant à nous que cette inclusion risque de nous éloigner de la raison d'être des groupes de défense des droits en santé mentale. Nous croyons que le ministre dispose actuellement des outils et des moyens pour reconnaître pleinement les groupes régionaux de promotion et de défense des droits, et ce, dans le respect de leurs missions et de leurs pratiques.

Merci. Maintenant, je passe la parole à M. Boisclair, président d'Auto-Psy Québec, qui présenterait, en conclusion, nos recommandations.

M. Boisclair (Yvon): Nous, Action Autonomie, Droits et Recours Laurentides, Auto-Psy Québec, disons un non catégorique à tous les articles du présent projet de loi qui amputent ou limitent les droits fondamentaux, dont le droit à la confidentialité, le droit de consentir à la circulation des renseignements personnels et le droit à la vie privée.

Nous demandons instamment au ministre la tenue d'un large et réel débat public sur la conservation des informations et sur la constitution d'un dossier patrimonial national.

De plus, nous demandons au ministre de la Santé et Services sociaux de retirer le projet de donner un mandat spécifique d'assistance et d'accompagnement aux plaintes aux groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale.

Nous demandons également au ministre de reconnaître publiquement l'importance et l'apport des groupes de promotion et défense des droits en santé mentale et de s'engager à entreprendre des discussions avec ces groupes pour définir une forme de reconnaissance et de soutien respectueuse de ce que sont ces groupes. Nous vous remercions de votre attention.

Le Président (M. Copeman): Merci, messieurs, mesdames. Alors, avant de poursuivre l'échange, je présume qu'il y a consentement pour dépasser l'heure prévue, qui était 17 h 10. Consentement? M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Boisclair, Mme Brouillard, Mme Blais et M. Goulet, pour votre visite aujourd'hui. Je pense que d'emblée tous les parlementaires ici présents sont d'accord avec votre objectif, qui est aussi le nôtre: c'est de faire tout en notre possible pour éloigner de notre société tout ce qui est

stigmatisation ou discrimination envers les personnes qui ont à vivre des problèmes de santé mentale.

D'ailleurs, ce soutien de vos actions de défense des droits a été, je crois, concret cette année de la part du ministère. On tient à ce que vous soyez présents et que votre voix soit entendue dans chaque région pour la représentation des personnes d'ailleurs qui vous accompagnent, je crois, aujourd'hui.

Je vais toucher les deux points de votre mémoire. D'abord, la question de la confidentialité, pour dire qu'il faut distinguer deux aspects qui sont présents dans le projet de loi. Et, comme vous avez vous-même souligné, il y a déjà eu un débat. Vous vous souvenez, lors de la carte à puce, on avait parlé d'un système de données centralisé. On a justement... On s'est inspiré de ce débat pour aller non pas vers un dossier national parce que ce n'est pas du tout ce qui est prévu, mais vers des bases régionales de conservation dans lesquelles seulement certains éléments tels que les résultats de laboratoire, de radiologie et le profil pharmacologique sont inclus avec le consentement de la personne, consentement qui est révocable en tout temps et dans lequel il n'y a aucun diagnostic ou histoire personnelle ou quoi que ce soit qui ressemble de près ou de loin à ce qui vous inquiète de ce côté-là. Ça, c'est le premier aspect.

Le deuxième aspect effectivement — et vous rejoignez des commentaires d'autres groupes qui sont venus nous voir ici, en commission — c'est lorsqu'il y a transmission de renseignements entre l'instance locale ou l'établissement de santé et un partenaire de cette instance locale à l'intérieur du réseau de services. Et effectivement la version actuelle du projet de loi ne prévoit pas de consentement explicite pour la circulation de l'information, mais nous avons déjà dit plusieurs fois que nous allons remédier à ça avec les changements que nous apporterons de façon à ce que, lorsqu'on a un plan de services, il y ait information et description très explicite, s'il y a lieu et s'il y a des informations qui doivent être transmises, du type d'information qu'on pense utiliser et bien sûr la possibilité, tant pour la personne, de ne pas donner son consentement de façon explicite également.

Alors, je pense que vos remarques de ce côté rejoignent celles qui nous ont été faites de plusieurs endroits, qu'on pense au Barreau, à la Commission d'accès à l'information. Et nous allons apporter des modifications qui vont spécifiquement dans le sens que vous souhaitez.

Pour ce qui est maintenant de la question de la défense des droits par rapport à l'accompagnement pour les plaintes, vous savez que c'est un sujet un peu conflictuel. Je pense, même dans votre propre organisation, les avis ne sont pas les mêmes parce que ce qui est inclus dans le projet de loi, c'est donc la possibilité qu'un groupe de défense des droits agisse comme accompagnant lors d'une plainte. Et il faut savoir que c'était une demande qui a été faite je ne dirais pas de votre organisation spécifique, mais du groupe plus large auquel vous appartenez et dont encore plusieurs éléments nous recommandent de faire ce changement.

Cependant, on a eu également en commission parlementaire plusieurs dépositions, plusieurs recommandations qui sont dans le sens de ce que vous mentionnez. C'est qu'ils nous ont dit: Attention, ne mélangez

pas défense des droits et accompagnement de plaintes et gardez les rôles très distincts. Et je dois dire qu'on réfléchit actuellement très activement à ces recommandations. Mais expliquez-nous pourquoi vous pensez que le fait de pouvoir être habilité à accompagner une personne, lorsqu'il ou elle dépose une plainte, viendrait amoindrir l'ensemble de votre...

Je comprends que c'est votre opinion, mais expliquez-nous pourquoi le fait de pouvoir accompagner une personne lors d'un processus de plainte pourrait diminuer votre rôle ou votre mandat tel que vous le voyez.

M. Goulet (Ghislain): Ce n'est pas tellement juste dans la... Ghislain Goulet d'Action Autonomie, oui.

Ce n'est pas tellement juste dans le fait d'accompagner quelqu'un. Nous accompagnons actuellement des personnes, l'accompagnement ayant différents sens. L'accompagnement, ce n'est pas nécessairement physique. L'accompagnement, c'est de soutenir quelqu'un dans une démarche de défense des droits. C'est ce que nous faisons.

• (17 h 10) •

Ce qu'on lit dans le projet de loi, c'est une réduction de la notion d'accompagnement pour nous. C'est une assistance aux plaintes, ce que nous ne faisons à peu près pas. C'est une grande différence. Ça pourrait être conflictuel aussi d'assister ou d'accompagner quelqu'un pour obtenir des services que nous contestons aussi parce que, comme groupe de défense des droits, nous avons des revendications, on l'a vu, sur la contention et l'isolement. On parle actuellement des électrochocs. Ça pourrait être un petit peu conflictuel de faire de l'accompagnement pour obtenir des services alors que, nous, on pourrait contester aussi ces mêmes services. Je pense que c'est deux façons d'agir qui sont totalement distinctes et qui répondent à des besoins que les gens peuvent avoir, mais distincts.

Il y a déjà des groupes d'accompagnement aux plaintes et d'assistance, c'est correct. Les gens qui viennent nous voir, on leur offre quelque chose de différent, puis ils viennent chercher quelque chose de différent, et ensemble on crée quelque chose de différent. Il arrive qu'on pourrait accompagner un autre quelqu'un qui fait une démarche du centre d'assistance aux plaintes, ce n'est pas impossible. C'est un service, c'est un recours existant. Or, nous, on aide les gens à faire des choix. On aide les gens à réfléchir. On aide des gens à chercher, à s'éduquer aussi et à devenir des citoyens comme tout le monde, à se prendre en main. Ce n'est pas ce que fait un... Et c'est tout ce qu'on perdrait. Et c'est 15 ans et même plus d'histoire et de développement qui amènent toutes sortes de personnes à prendre leur place dans la société. C'est un petit peu le résultat de notre travail.

Si je peux compléter, le fait aussi d'être insérés, si on pourrait dire, dans la Loi sur les services de santé, c'est réducteur parce que, nous, on se définit aussi comme des groupes autonomes, des groupes d'action communautaire autonomes. On a besoin d'une grande liberté d'action pour influencer adéquatement l'ensemble des acteurs sociaux à la réalité des personnes en santé mentale. De nous reconnaître une trop petite spécificité ou une trop grande spécificité, ce n'est pas de rendre service à notre cause. Il faut être capables, nous, de se changer, de changer nos façons d'agir continuellement

pour s'adapter aux nouveaux besoins puis aux nouvelles perspectives, surtout aux nouveaux besoins des personnes qui veulent devenir des citoyens à part entière.

M. Couillard: Mais vous comprendrez, puis je pense que vous en êtes conscients, que cette disposition était là justement dans l'esprit d'aider à votre cause. Mais je comprends que vous nous dites qu'on n'arrive pas à notre objectif. Il y a d'autres groupes de votre organisation même qui nous disent d'autres choses. Mais, moi, ce que je retiens de ce que vous présentez et ce que d'autres également nous ont présenté, c'est ils nous disent: Écoutez, c'est une bonne intention, mais, si vous faites ça, vous risquez de nous faire nous détourner de notre mission de défense des droits en raison des ressources, du personnel dont on dispose, et on risque d'être forcés de facto d'abandonner la mission de défense des droits ou la minimiser pour consacrer beaucoup d'énergie à l'accompagnement aux plaintes. Est-ce que je comprends bien ce que vous craignez?

M. Goulet (Ghislain): Oui. Mais je pense, comme on dit à la fin de notre présentation, je pense qu'on dispose actuellement des outils pour bien reconnaître les organismes. Même dans la Loi sur les services de santé, il y a des articles, je pense, qu'on pourrait utiliser avec les groupes pour obtenir cette reconnaissance que les groupes ont besoin, une reconnaissance un petit peu amochée avec la mise en place de la politique de reconnaissance de l'action communautaire où une partie du financement des organismes a été transférée. Là, il y aurait un travail à faire, là, pour s'entendre pour avoir une pleine reconnaissance, je pense, puis pour éviter d'aller dans la loi, qui est un virage un petit peu hasardeux, qui est contestée. On ne sait pas trop où on s'en va. Je pense qu'il y a des façons bien plus simples d'obtenir le même résultat.

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

Mme Harel: Merci. Merci, M. le Président. Alors, je voudrais vous souhaiter la bienvenue, vous souhaiter la bienvenue en tant que porte-parole, M. Boisclair, président d'Auto-Psy, à Mme Blais, d'Action Autonomie, à Mme Brouillard, plutôt des Laurentides, qui est coordonnatrice des Droits et Recours des Laurentides, et M. Goulet ainsi que les personnes qui vous accompagnent cet après-midi.

Je crois que le sujet le préoccupe pour qu'elles aient accepté ce déplacement. Il aurait pu pleuvoir, mais heureusement ce fut une belle journée. Mais je voudrais leur souhaiter également la bienvenue et leur dire que leur présence ici, au salon rouge, qui fut le Conseil législatif où auparavant les sénateurs siégeaient. Vous savez sans doute que le salon bleu, c'était le salon des élus du peuple alors que le salon rouge, c'était le salon des lords nommés par Londres, en fait par le gouverneur et ensuite, jusqu'en 1969, ce fut aboli. Donc, il y a des changements qui ont eu lieu. La preuve, ces changements ont été importants, y compris dans cette salle.

Alors, de cet échange que vous avez eu avec le ministre, on retient essentiellement deux choses concernant

le projet de loi. Vous concernant, c'est autre chose. En fait, c'est une démarche, comme vous le mentionnez, qui est une démarche d'expression de la citoyenneté entière des personnes dans tout ce qu'il y a de recours, y compris son droit de critiquer. Quand on est des citoyens, on a le droit de voter, mais on a le droit aussi de participer, on a le droit de critiquer aussi.

Alors, il y a deux choses en fait, disons, plus... peut-être pas plus importantes mais qui retiennent plus votre attention: la conservation et la transmission des renseignements, et la question de l'accompagnement aux plaintes. Sur la question de la conservation et de la transmission des renseignements, le ministre s'est fait rassurant, n'est-ce pas? Il a dit qu'il allait modifier le dispositif quant à la transmission qui, tel que rédigé, ne prévoit pas un consentement explicite. Donc, on comprend de cela qu'il y aura dorénavant un amendement pour qu'il y ait un consentement explicite formel de la personne avant que l'information circule sur elle, je pense, bon.

Sur la conservation, vous savez, c'est assez grosso modo, l'ensemble de l'examen qu'on a fait de toute cette question d'informatisation et de transmission de l'information sur les personnes. Habituellement, ça aurait dû être un avant-projet de loi ou un livre blanc ou un livre vert dans lequel on aurait connu les intentions et les orientations du gouvernement. Là, on a des articles de loi, mais on ne voit pas toujours comment l'application va finalement se faire, tout ça reste assez nébuleux dans un langage juridique.

Alors, il est certain que la majorité des organismes représentant les citoyens qui sont venus ont demandé un débat, un débat public, un débat beaucoup plus large que celui sur des articles de loi, mais un débat qui, en général, dans notre institution qu'est le Parlement, se fait par un livre blanc quand le gouvernement a des orientations déjà déterminées, un livre vert quand c'est des orientations ouvertes, qu'il énonce tous les possibles, des choix à faire. Alors, on n'a rien de tout ça, là, on a juste, finalement, le langage juridique. C'est peut-être ce qui en quelque part nous handicape parce qu'on ne peut pas parler des orientations, sauf présumer, ce que je fais, là, avec, comme vous sûrement, de la bonne foi, on présume de la bonne foi du ministre. Et puis on dit toujours en droit que la bonne foi se présume, c'est la mauvaise foi qui se prouve. Mais souvent on n'a pas le temps de prouver la mauvaise foi parce que les lois qui sont adoptées le sont toujours sous bâillon, alors on n'a pas le temps de faire l'étude, alors...

Mais donc on présume de la bonne foi. On verra avec les amendements qui viendront, hein. En fait, on s'engage à vous les faire parvenir, l'opposition va vous les faire parvenir, à moins que le secrétariat de la commission le fasse, puis on aimerait avoir votre point de vue sur les amendements qui seront déposés.

Sur la question de l'accompagnement, je pense que la grande question qui reste est la suivante: Êtes-vous satisfaits? Les membres de vos organisations sont-ils ou sont-elles satisfaits de l'assistance qui leur est donnée lorsqu'elles veulent porter plainte?

M. Goulet (Ghislain): Je veux dire, on n'a pas fait nécessairement d'étude, je n'ai pas vu d'étude par rapport à nos membres, je n'ai pas vu d'étude de satisfaction. Je pense qu'au niveau de la santé mentale

effectivement, les gens, on n'est jamais dans le domaine de la facilité quand on a à porter plainte. C'est-à-dire parce que, mettons, les organismes d'assistance ne seraient pas efficaces? Pour nous, ce qui se passe à l'intérieur des établissements, c'est bien plus la stigmatisation qui pose problème que les mécanismes ou que... le groupe d'assistance aux plaintes qui serait problématique. Je pense que la pression, elle vient beaucoup du système puis du réseau; c'est là qu'il faut travailler. L'assistance, c'est correct, mais...

Puis c'est ça qu'on fait, nous: on essaie de mettre de la pression sur le système pour qu'on croie plus les personnes, puis on enlève les préjugés. Si les gens ont mal à quelque part, qu'on les croie puis qu'on ne pense pas que c'est dans leur tête. Je pense que c'est là qu'est le gros du problème.

Mme Harel: Alors, c'est donc dire que la reconnaissance que le projet de loi introduit, vous l'aimeriez... Est-ce que j'interprète correctement: vous aimeriez une reconnaissance législative également pour les organismes de défense de droits?

• (17 h 20) •

M. Goulet (Ghislain): Notre propos est juste à l'inverse. C'est ça. Pour nous, la reconnaissance législative, elle n'est pas compatible avec ce qu'on est comme groupe, nos orientations, notre histoire et notre mission. Mais on croit qu'on peut obtenir une pleine reconnaissance du ministère. On l'a obtenue dans le passé, on l'a obtenue encore récemment, on l'a obtenue par la politique de santé mentale, on l'a obtenue récemment par des fonds. Cependant, dans la mécanique, il y a des nouveaux problèmes, liés par la politique de reconnaissance particulièrement, qui limitent peut-être la capacité du ministère de la Santé à reconnaître adéquatement.

Je pense qu'on pourrait faire des travaux, on pourrait travailler ensemble pour trouver une formule de reconnaissance qui maintient l'originalité puis la pertinence de nos organisations sans prendre, là, un détour législatif qui risque d'éteindre nos groupes plutôt que... Alors, travaillons dans le plus facile, c'est ce qu'on dit.

On est associés au ministère de la Santé et des Services sociaux depuis 20 ans. On est proches. On a été de toutes les batailles, de toutes les critiques mais de tous les mémoires de... On a collaboré énormément à l'évolution des pratiques puis des orientations au niveau de la santé mentale. Ce n'est pas nécessairement par une reconnaissance juridique, législative, qu'on va maintenir cette reconnaissance-là. On ne l'avait pas dans le passé, puis on n'en a pas besoin plus maintenant.

Puis, il y a plein d'organismes communautaires qui se définissent comme des organismes d'action communautaire autonome qui n'ont pas besoin d'une reconnaissance légale pour exister puis jouer leur rôle. C'est un autre débat. Je pense, il faut travailler à être imaginaire pour soutenir mieux puis encourager ces espaces de création puis de liberté là que sont nos groupes. Je pense, la voie légale risque de nous éteindre plus que de nous allumer.

Mme Harel: En fait, vous dites: On peut être des partenaires, et la voie légale pourrait nous amener imperceptiblement, nous faire glisser vers — est-ce que

je comprends bien? — vers un espèce de sous-contractant d'intervention. On veut rester un partenaire à part entière, mais on veut rester autonomes, et, à ce moment-là, vous relevez de la politique d'action communautaire autonome et d'un financement du Secrétariat à l'action communautaire autonome, le SACA. C'est ça?

M. Goulet (Ghislain): Actuellement, depuis deux ans, je pense, une partie de notre financement provient du Secrétariat à l'action communautaire, conformément à la politique au niveau... Les groupes de défense des droits ont été transférés en partie, mais une grande part de notre financement provient toujours du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mme Harel: Et ce n'est pas incompatible, la...

M. Goulet (Ghislain): Il ne faut pas que ce soit incompatible, sinon... Si on fait une politique de reconnaissance, puis ça amène une méconnaissance ou la non-reconnaissance des organismes, on a un problème puis, à ce moment-là, il faut réfléchir sur la politique. Si la politique, c'est le problème, ce n'est pas nous le problème. En tout cas, il faut s'en parler à un moment donné. L'important, puis on entend la volonté du ministre, l'important, c'est de nous soutenir, puis il y a une difficulté à soutenir. On l'a vu récemment où il y a de l'argent qui était supposé de nous être donné pour notre mission globale; là, il y a des tractations, on ne sait plus comment qualifier ces argents-là. Il y a des difficultés de reconnaissance.

Mme Harel: Les difficultés viennent de la politique de l'action communautaire autonome?

Une voix: Non.

Mme Harel: Non.

M. Boisclair (Yvon): En fait, il y a deux outils. Déjà, entre le ministère et les groupes de défense des droits en santé mentale, il y a un cadre de référence qui a été reconnu en 1990. Il s'agit de renégocier ce cadre-là pour le mettre à jour à aujourd'hui.

Puis il y a aussi la question du financement. Alors, là, présentement, on a reçu de l'argent supplémentaire du ministère, l'année passée, un 500 000 \$ dont le statut est indéfini. Dans certaines régions, ça a été donné comme du financement à la mission globale. Dans d'autres régions, ça a été donné comme projet d'entente entre une agence et le groupe. Alors, il y a deux statuts complètement différents: entente de services ou mission globale. Alors, là-dessus, il faudrait s'entendre avec le ministère pour savoir, l'argent qu'on reçoit par le biais du programme SOC, est-ce que c'est pour financer notre mission globale ou c'est pour financer des services précis.

Mme Harel: Et quelle est la réponse que le ministère vous a donnée?

M. Boisclair (Yvon): Il n'y a pas eu de réponse présentement. Le 500 000 \$ a été donné l'année passée, mais ça a passé par le biais des agences régionales et, selon les agences, ou bien c'était une entente de services

ou bien c'était de l'argent pour la mission globale. Alors, il n'y avait pas d'entente.

Mme Harel: Elle est où, la différence, entre une entente qui est de nature de l'entente de services puis une entente sur la mission globale? Et laquelle vous choisissez — j'imagine la mission globale — et pourquoi?

Mme Brouillard (Denise): J'aimerais juste dire comme, quand il y a eu ce transfert-là d'une partie des sous au Secrétariat à l'action communautaire, il y a une partie qui est restée dans les agences, mais l'ensemble de cet argent-là était à la mission de base. On s'est retrouvé avec un budget qui était encore à la mission de base, puis, l'autre partie du budget qui avait toujours été historiquement à la mission de base, qu'on ne sait pas sous quelle case. Donc, ça va être quoi une entente de service, on ne le sait pas. Ça va dépendre de qu'est-ce qui est négocié. Nous autres, qu'est-ce qu'on veut, qu'est-ce qu'on désire du plus profond, c'est préserver l'espace des groupes, l'espace d'action des groupes. Puis on se dit: si on est enserré dans des mécanismes ou dans des services précis, cet espace-là démocratique où on va selon les besoins avec les personnes, bien on ne l'aura plus. Donc, c'est important pour nous que les travaux soient faits avec le ministère pour qu'on puisse préserver et la mission des groupes, mais aussi cet argent-là en mission de base.

C'est pour ça qu'on parlait, bon, peut-être avec une harmonisation au niveau de la politique du secrétariat autonome ou peut-être... aussi, il y a des articles de loi qui touchent déjà les organismes communautaires dans la Loi de la santé et des services sociaux, mais qu'est-ce qui est essentiel, c'est que les organismes soient préservés.

M. Boisclair (Yvon): En fait, plus une entente de services est spécifique sur des services très précis, moins ça fait notre affaire. C'est les ententes générales qui permettent de sous-tendre notre mission globale de promotion et de défense des droits en santé mentale, c'est ça qu'il nous faut. Et c'est pour ça que, au niveau régional, il faut qu'on puisse garder le financement au niveau régional. On ne peut pas avoir des ententes avec les réseaux locaux de services.

Mme Harel: L'entente, l'année dernière, elle est venue avec l'agence régionale ou les agences. Cependant, les agences avaient une interprétation qui pouvait être différente.

M. Boisclair (Yvon): Exact.

Mme Harel: Les montants d'argent sont-ils récurrents, le 500 000?

M. Boisclair (Yvon): Oui, il est récurrent.

Mme Harel: Il est récurrent. Ce 500 000 ne venait pas du SACA.

M. Boisclair (Yvon): Non, il venait du ministère des Affaires sociales.

Mme Harel: Du ministère. Puis, à côté, il y a le Secrétariat à l'action communautaire autonome où une partie de l'argent vient des profits nets du casino.

M. Boisclair (Yvon): C'est ça.

Mme Harel: C'est ça. Donc, il y a une question de fond, hein: Dans le fond, êtes-vous des sous-traitants ou vous êtes des organismes de citoyens qui se prenez en main, hein? Est-ce que je résume?

M. Boisclair (Yvon): En fait, pour répondre à votre question de tantôt, nous sommes des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale. Nous avons besoin d'une distance critique, nous avons besoin de pouvoir avoir la liberté de critiquer, de remettre en question les pratiques en santé mentale, les pratiques en psychiatrie. Alors, c'est pour ça que, si on est considéré comme un groupe d'aide et d'accompagnement de plaintes, là on est complètement brimé dans notre rôle critique. Et c'est comme ça d'ailleurs que le ministère nous considère depuis des années avec un espace critique.

Mme Harel: Et c'est ce qui est utile, je crois, en tout cas. Je suis députée, comme vous le savez, dans un comté de Montréal où certains d'entre vous avez habité ou habitez, et il est certain que cette organisation citoyenne, c'est celle qui permet d'améliorer la qualité de vie et de combattre l'isolement, hein, parce que l'isolement, ça peut être un isolement urbain, l'anonymat de la grande ville puis ça peut être l'isolement des liens sociaux à cause aussi du relâchement des liens familiaux, ça peut être de toute nature également.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, c'est tout le temps...

Mme Harel: Ah, excusez.

Le Président (M. Copeman): ...qui est impartial. Alors, M. Boisclair, Mme Brouillard, Mme Blais et M. Goulet, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom d'Action Autonomie, Auto-Psy et Droits et Recours Laurentides.

Et sur ça, j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à demain matin 9 h 30, dans la salle Louis-Joseph-Papineau. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 30)