

ISSN 2818-9841



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le jeudi 20 avril 2023 — Vol. 47 N° 10

Consultations particulières sur le projet de loi n° 15 — Loi
visant à rendre le système de santé et de services sociaux
plus efficace (2)

**Présidente de l'Assemblée nationale :
Mme Nathalie Roy**

2023

Commission de la santé et des services sociaux

Le jeudi 20 avril 2023 — Vol. 47 N° 10

Table des matières

Auditions (suite)	1
MM. Vincent Dumez et Antoine Groulx	1
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ)	7
Conseil pour la protection des malades (CPM)	14
Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)	23
Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec (RCPQS-Q)	31

Autres intervenants

M. Luc Provençal, président

M. Christian Dubé

M. André Fortin

M. Vincent Marissal

M. Joël Arseneau

Mme Marie-Claude Nichols

Mme Michelle Setlakwe

Mme Isabelle Poulet

- * M. Martin Arata, ACMDPQ
- * M. Jean Beaubien, idem
- * M. Paul G. Brunet, CPM
- * Mme Ginette Desmarais, idem
- * M. Pierre Hurteau, idem
- * M. Pierre Hamel, RPCU
- * Mme Sylvie Tremblay, idem
- * M. Jean-Philippe Payment, RCPQS-Q
- * M. Martin Manseau, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 20 avril 2023 — Vol. 47 N° 10

Consultations particulières sur le projet de loi n° 15 — Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (2)

(Onze heures cinquante et une minutes)

Le Président (M. Provençal) : À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je vous souhaite la bienvenue et je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

La commission est réunie afin de poursuivre les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire : Oui, M. le Président. Alors, M. Morin (Acadie) est remplacé par Mme Setlakwe (Mont-Royal—Outremont).

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Nous entendrons ce matin les témoins suivants : M. Vincent Dumez, directeur patient et codirecteur scientifique au Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public, et l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec.

Notre séance a commencé beaucoup plus tard que prévu. Il a été convenu entre la partie gouvernementale et les oppositions qu'on va prendre du temps sur la... question pour laisser le temps à nos deux groupes de pouvoir faire leur présentation. Nos échanges vont simplement être un petit peu plus courts. Alors, merci de votre collaboration.

Auditions (suite)

Je souhaite maintenant la bienvenue à M. Dumez. Je vous rappelle que vous avez 10 minutes pour votre exposé. Par la suite, nous procéderons à la période d'échange avec les membres. Alors, je vous cède la parole.

MM. Vincent Dumez et Antoine Groulx

M. Dumez (Vincent) : Merci beaucoup. Bonjour à tous. C'est toujours un honneur et un privilège d'échanger avec les élus du peuple du Québec. Je me présente avant tout devant vous ce matin comme un patient atteint de plusieurs maladies chroniques, qui évolue activement dans les systèmes de santé depuis 52 ans maintenant, dont bientôt 38 ans au Québec.

Je suis un survivant de l'affaire du sang contaminé et j'ai dédié ma vie à l'amélioration du système de santé à titre d'activiste sida dans les années 90 à Montréal et d'expert en partenariat avec les patients et les citoyens depuis une vingtaine d'années. Conseiller en stratégie de formation, j'ai cofondé, avec le doyen Jean Rouleau, le programme patient partenaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en 2010, qui s'inscrit aujourd'hui dans le cadre des activités du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public.

Je suis accompagné de mon collègue le Dr Antoine Groulx, médecin de famille engagé à la Clinique Maizerets à Québec, professeur et chercheur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, directeur scientifique de l'unité de soutien au système de santé apprenant du Québec, auquel aussi je suis rattaché. Notre duo est un symbole important car nous croyons à la vertu de la coconstruction entre patients usagers et cliniciens, enseignants, chercheurs et à la vertu de travailler en partenariat.

Pour commencer, ce projet de loi est nécessaire à bien des égards, et, globalement, nous le soutenons. Il répartit de façon plus moderne les forces de pouvoirs au sein de notre système de santé et des services sociaux tout en proposant des mécanismes d'alignement incontournables qui manquaient indéniablement à la dernière réforme et qui nous outillent mieux pour les années à venir.

Bravo, notamment, pour la création du conseil national des usagers, de la fonction de commissaire national aux plaintes et à la qualité des services, du comité national de vigilance et qualité, du programme national de qualité des services et du rôle central de la mesure de l'expérience usager, pour ne citer qu'eux. Quelques bémols, par contre, qui méritent d'être soulignés sur la place réservée aux professionnels de la santé, médecins et autres professionnels dans les mécanismes de gouvernance proposés par le projet de loi et sur la limitation hasardeuse de l'offre des médicaments en contexte de nécessité médicale, mais je ne m'étendrai pas sur ces sujets.

Cependant, je vais m'étendre sur un sujet plus en particulier car il y a effectivement quelques enjeux importants en matière d'action patient et d'action usager dans la loi. Je tiens à souligner que je ne crois pas que ces enjeux ont été créés intentionnellement. L'écosystème patient usager au Québec est complexe, et les mécanismes de participation citoyenne sont aujourd'hui multiples, ce qui est plutôt une bonne nouvelle pour la société, mais les orchestrer de façon cohérente, dans le respect des prérogatives et missions de chacun, n'est pas une chose simple.

Maintenant, sans vouloir vous donner un cours en la matière, si je simplifie, il y a deux piliers. Le premier pilier est la défense de droits et les recommandations d'améliorations issues de cette défense de droits. Il est l'apanage

exclusif de mes collègues du conseil de la protection des malades, et du Regroupement provincial des comités d'usagers, et de nombreuses associations de patients spécialisés qu'il ne faut surtout pas oublier, comme la coalition cancer Québec ou encore le Regroupement québécois des maladies orphelines, pour ne citer qu'elles. Et je viens de la maladie rare, donc c'est quelque chose qui me touche particulièrement.

Je ne vais pas m'étendre sur ce premier pilier, mais, effectivement, dans le contexte du projet de loi, il risque d'être affaibli malgré la création du Comité national des usagers, affaibli par la possibilité d'une diminution du nombre des comités d'usagers, qui avaient déjà été touchés par la réforme Barrette, affaibli par le fait que ces comités ne rêveront plus d'une instance aussi solidement décisionnelle et indépendante qu'un conseil d'administration et affaibli finalement parce qu'on ne parle pas, justement, des nombreuses associations de patients, qui représentent un volume très important de personnes malades et à qui il faut absolument faire une place, mais, encore une fois, je vais laisser mes collègues représentants d'usagers et associatifs détailler davantage ces enjeux.

Je veux plutôt me concentrer sur le deuxième pilier, le pilier des patients partenaires, des usagers partenaires, celui qui vient juste après la défense de droits et les recommandations qui en résultent. On parle ici de plus de 1 500 personnes atteintes de maladies sévères, grands utilisateurs de notre système de santé québécois, donc experts de leur pathologie, mais aussi de la navigation dans notre système, qui travaillent au quotidien et en partenariat avec tous nos établissements de santé, d'enseignement et de recherche à l'échelle de la province. Ils participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de solutions d'accès, à l'efficacité clinique, au renouveau des curriculums d'enseignement, à l'élargissement des protocoles de recherche, et j'en passe.

Il est essentiel de souligner que cette approche a vu le jour en 2010 au Québec et qu'elle rayonne maintenant un peu partout dans le monde, offrant de nouvelles perspectives à l'action citoyenne en santé. D'autres projets de lois, notamment en Europe, l'ont d'ailleurs déjà intégrée ou sont en train de le faire. L'impact systémique, favorable et heureux de leurs actions est souvent soutenu aujourd'hui par de nombreuses applications... publications scientifiques, excusez-moi, qui démontrent hors de tout doute qu'ils sont à la fois des agents d'efficacité et d'humanisation des soins. Le problème, c'est qu'ils sont totalement absents de ce projet de loi, mais je ne vais pas... je ne perdrai pas de temps à me lamenter sur cette absence. Nous vous proposons plutôt des modifications concrètes à trois niveaux pour rectifier cette situation.

Au niveau, d'abord, des droits relatifs aux services, la nécessité d'affirmer clairement que tout usager, tout citoyen est reconnu comme un partenaire de soins, c'est-à-dire un acteur de ses propres soins, un soignant tout autant qu'un soigné, et que, de ce fait, il doit être soutenu dans le développement de ses savoirs et de ses compétences d'autosoins afin de renforcer son autonomie, à l'heure des maladies chroniques, une telle précision nous semble incontournable, et il est démontré qu'un tel partenariat est la seule façon de s'assurer de mettre le patient au coeur.

La nécessité aussi d'affirmer, dans la même logique, que tout usager, tout citoyen est reconnu comme un partenaire de transformation et peut ainsi participer légitimement aux orientations et à l'élaboration des solutions d'amélioration du système de santé et des services sociaux sous différentes formes... On poserait ainsi deux fondements essentiels au partenariat avec les patients usagers au Québec en les reconnaissant clairement comme des acteurs de leurs propres soins et comme des acteurs de changement.

Au niveau aussi des mécanismes d'amélioration continue prévus à ce projet de loi, qui sont très solides en passant, il serait essentiel d'ancrer durablement l'action déjà réelle des patients usagers partenaires en inscrivant officiellement leur rôle dans le cadre du programme national sur la qualité des services et de mettre en place des mécanismes pérennes de coordination nationale de leurs actions, ce qui maximiserait leurs impacts et reconnaîtrait leur rôle majeur dans le système.

Aussi, par leur présence spécifique, et je dis bien spécifique, ils n'ont pas besoin d'être partout sur des comités pertinents comme le comité national, les comités locaux de vigilance et de la qualité ainsi que les conseils interdisciplinaires d'évaluation des trajectoires et de l'organisation, dont je salue d'ailleurs la création, également par leur présence sur les comités directeurs des RUISSS, parce qu'ils sont souvent à la croisée des dynamiques de soins, d'enseignement et de recherche. Ces comités et conseils ont besoin des savoirs des patients usagers partenaires car ce sont ces savoirs qui vont leur offrir une perspective systémique et clinique indispensable à leur efficacité et en toute complémentarité avec les représentants des usagers.

Finalement, si vous voulez encore être plus audacieux, je me permets, ne créez pas seulement une fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services comme le commissaire national aux plaintes à la qualité des services, ce qui est déjà très bien, en passant, mais une fonction de commissaire aux plaintes... de commissaire national aux plaintes, à la qualité des services et aux partenariats avec les usagers, voire les citoyens. Vous allez intégrer ainsi, dans un tout cohérent, les grands mécanismes d'engagement citoyen orientés sur l'amélioration de la qualité, ce qui serait un signal clair que le système de santé est connecté sur sa population et une santé durable.

Bref, s'il vous plaît, ne ratons pas cette occasion unique d'ancrer minimalement cette grande innovation sociale québécoise dans ce projet de loi. Dans le cas contraire, je crois que ce serait un véritable rendez-vous manqué. Et je passe la parole à mon collègue. Merci.

• (12 heures) •

M. Groulx (Antoine) : Merci, Vincent. Le partenariat patient dont parle Vincent occupe justement le coeur de l'unité de soutien que j'ai l'honneur de diriger et dont l'objectif est de soutenir l'amélioration continue de notre système de santé. Alors, je joins ma voix à celle de mon collègue pour souligner la valeur exceptionnelle du partenariat patient dans l'atteinte de nos objectifs d'amélioration de la qualité.

À cet égard, je salue aussi l'ambitieuse... l'ambition heureuse, dis-je, et nouvelle, du projet de loi n° 15 de développer son propre programme national sur la qualité des services. Le projet parle, en effet, avec enthousiasme de

ces ambitions de mesures, de suivi, de tableaux de bord permettant de comparer la performance à des standards transparents et appuyés sur la science. L'occasion est belle de vulgariser toutes ces analyses pour la population, comme pour les gestionnaires et le personnel clinique, mais, plus important encore, avec tout un réseau des citoyens et des citoyennes plus éclairés sur les véritables enjeux et forces de son système de santé, l'agence disposera d'une capacité sans précédent pour remettre le système de santé sur les rails et l'aider à devenir apprenant. Exactement comme pour les partenaires patients, qui seront avides de participer à l'élaboration et au déploiement des solutions aux problèmes qu'ils identifient, nous croyons qu'il faut enrichir, dès sa conception, ce programme qualité des outils qui permettront de passer de la critique à une réelle amélioration. L'humain étant humain, se regarder dans le miroir ne suffit souvent pas à entraîner une véritable démarche de changement. On le sait, tout le monde le sait, d'ailleurs, il faut faire du sport, il faut éviter de consommer, il faut bien manger, bien s'alimenter, alors pourquoi est-ce qu'on constate encore autant d'obésité, de maladies vasculaires, de toxicomanie? Montrer la voie ne suffit pas, il faut accompagner le changement. Cette gestion du changement des humains par des humains est critique. 95 % des savoirs, aujourd'hui, et des innovations issues de la recherche en santé et services sociaux dorment sur les tablettes parce que nous avons été naïfs, assez naïfs pour croire que, puisque c'était bon, tout le monde se battrait pour en profiter.

Chers parlementaires, au-delà des divisions traditionnelles qui vous gouvernent, vous disposez, avec ce projet de loi n° 15, d'une opportunité historique de restaurer notre précieux temple de santé québécois. Ses portes sont ouvertes. Dans le texte qui est devant vous, Vincent et moi, nous vous proposons d'y laisser entrer un peu plus d'humanisme et de bienveillance pour inspirer davantage tous les partenaires, patients, patientes, intervenants, intervenantes, chercheurs, chercheuses et gestionnaires qui travailleront à en faire le fleuron auquel nous aspirons tous. Merci beaucoup.

Le Président (M. Provençal) : ...pour votre exposé. Alors, M. le ministre, vous avez la parole pour huit minutes.

M. Dubé : Pour huit minutes? OK, donc, on est à peu près à la moitié de nos temps, là.

Le Président (M. Provençal) : Oui, c'est ça.

M. Dubé : OK. Parfait. Alors, messieurs, merci beaucoup pour, premièrement, ces... d'avoir été là aujourd'hui, étant donné le peu de temps qu'on vous avait donné. Puis on reconnaît toute l'importance de votre groupe.

Vu qu'on n'a pas beaucoup de temps, je vous demanderais d'expliquer, en une ou deux minutes, la complémentarité que vous cherchez entre les patients partenaires et ce qu'on appelle plus les comités d'usagers. Parce que je ne suis pas certain que c'est très bien compris par la population. Parce qu'après cette réponse-là ce sera plus facile de vous dire... Puis je pense qu'il y a des choses que vous suggérez, aujourd'hui, qu'on est assez à l'aise de s'ajuster, je vous le dis tout de suite. Mais je voudrais que vous expliquiez c'est quoi, la complémentarité dont vous parliez tout à l'heure entre patient partenaire puis un usager.

M. Dumez (Vincent) : Bien, déjà, les représentants d'usagers... Moi, j'ai été un défenseur de droits très actifs dans une certaine période. Vous n'auriez pas aimé forcément m'avoir dans cette commission dans les années 90, mais... comme celle-là. Mais donc la défense de droits et la recommandation d'améliorations issues de la défense de droits, c'est une chose. Les patients partenaires arrivent après, c'est-à-dire arrivent dans la construction des solutions.

Donc, on sait... on a... on sait que c'est très difficile de mélanger les deux chapeaux, d'être à la fois dans la défense de droits, parce que la défense de droits demande une certaine indépendance, c'est pour ça que les comités d'usagers doivent être rattachés à des organisations indépendantes, comme les conseils d'établissement ou des conseils d'administration. Et le pari des patients partenaires, depuis le départ, et les usagers partenaires, c'est de construire de l'intérieur. Les patients partenaires construisent avec les cliniciens, avec les chercheurs, avec les enseignants, à l'intérieur du système de santé, et donc c'est une totale complémentarité entre un groupe qui défend des droits et qui recommande des améliorations de qualité et l'autre groupe qui coconstruit des solutions avec le système.

M. Dubé : Très clair. Très clair. Merci beaucoup. Dans votre demande de modifier l'article 9, là, c'est très clair, ce que vous demandez, je ne veux pas tout rentrer dans le détail de comment ça pourrait se définir légalement, là. Mais c'est quoi, l'objectif que vous recherchez par la modification de l'article 9?

M. Dumez (Vincent) : Donc, il y a deux objectifs. Le premier objectif, c'est qu'il... On va souvent mettre les personnes malades, les patients dans une posture de personnes qui reçoivent des soins, mais 98 % des soins sont assumés par les patients et les familles chez eux. Donc, c'est pour ça qu'il faut les reconnaître comme des acteurs de soins, c'est-à-dire qu'il faut reconnaître que les soins, ce n'est pas uniquement dans les centres hospitaliers, mais que les soins aussi sont assumés par la population, déjà aujourd'hui, en grande partie chez eux et particulièrement quand on parle des patients atteints de maladies chroniques. Donc, si on veut asseoir, et je le sais, M. le ministre, que les questions d'autosoins sont particulièrement importantes à vos yeux, il faut absolument, je pense, dans une déclaration claire, dire qu'effectivement on reconnaît que les patients sont aussi des acteurs de soins, autant que les professionnels de la santé, et qu'à ce titre on doit les aider dans leurs actions.

M. Dubé : Bien, écoutez, là, c'est tellement important, ce que vous dites, parce que notre projet de loi, c'est justement de remettre le patient au coeur de nos préoccupations. Alors, c'est pour ça que je vous demande le libellé qu'il serait important d'avoir, puis je... Là, c'est parce qu'on manque un petit peu de temps, là, mais j'en parlerai avec

mes collègues ici, là, mais de trouver... je vais l'appeler l'accommodement raisonnable qu'on pourrait avoir pour que ce libellé-là vous convienne, mais que l'on comprenne bien qu'il est complémentaire aux usagers. Puis ça, c'est important, là, c'est pour ça que c'était ma première question...

M. Dumez (Vincent) : Bien sûr.

M. Dubé : Je ne sais pas comment qu'il...

M. Dumez (Vincent) : Si je peux me permettre, M. le ministre.

M. Dubé : Oui, allez-y.

M. Dumez (Vincent) : Il y a un deuxième élément, c'est que tout usager, aussi... on reconnaît que tout usager est partenaire de transformation avec le système, c'est-à-dire qu'il est... on reconnaît que la population va... peut contribuer à la transformation du système de santé et à son amélioration. Ça, c'est aussi un élément important, alors qu'aujourd'hui on a beaucoup de mouvements citoyens, comme les patients partenaires, comme les comités des usagers, qui sont très actifs dans la transformation du système de santé. Donc, c'est un deuxième élément qu'on proposait. Excusez-moi de vous avoir coupé.

M. Dubé : Non, non, il n'y a pas de problème. Et à quel niveau, dans les comités des usagers, vous verriez votre participation? Parce qu'en ce moment on n'a pas défini comment se ferait le choix des usagers. Je pense juste aux comités des usagers, où on a dit... ou, par exemple, je pense aux conseils d'établissement, on a dit : Il y a cinq usagers. Vous voyez... vous vous voyez comment dans cette proportion-là?

M. Dumez (Vincent) : Les patients partenaires, il faut qu'ils soient dans des comités de gouvernance où c'est nécessaire qu'ils soient, c'est-à-dire où ils amènent leur expertise. Donc, ils ne sont pas... nécessaires d'être partout. C'est important que les représentants des usagers, qui sont... qui sont légitimement représentants, soient dans les comités de gouvernance. Je pense que les patients et usagers partenaires doivent être dans des comités où ils sont... leur expérience et leur expertise a une utilité, comme les comités, par exemple, on a parlé de vigilance et qualité, le fameux conseil interdisciplinaire. Encore une fois, je salue cette création-là.

M. Dubé : Ah! OK. Là, je vous suis.

M. Dumez (Vincent) : Et par contre il faut le faire en concertation avec les comités d'usagers, c'est-à-dire que c'est quelque chose sur lequel on doit s'entendre avec les comités des usagers. Encore une fois, la défense de droits et la coconstruction des solutions de soins, c'est deux choses complémentaires. Donc, il faut vraiment qu'on soit dans une logique de collaboration et qu'on regarde comment, effectivement... Mais les patients partenaires n'ont pas besoin d'être partout.

M. Dubé : Non, non, mais je vois très bien la différence. Je vous dis : Si vous aviez un choix à faire beaucoup plus, par exemple, au niveau du comité interdisciplinaire, qui est en haut avec les médecins, les soins infirmiers, les travailleurs sociaux. Parce que ça inclurait un peu la continuité du processus, plutôt que d'être dans un comité d'usagers.

M. Dumez (Vincent) : Exactement.

M. Dubé : Ah! OK. Je comprends très bien.

M. Dumez (Vincent) : Les RUISSS aussi, c'est important, parce que les patients partenaires sont impliqués en enseignement, en soins et en recherche aujourd'hui, donc les RUISSS traversent ces trois missions-là. Donc, ce serait parfait. Puis vigilance et qualité parce que les patients partenaires sont très impliqués dans l'amélioration de la qualité dans tous nos établissements de santé.

M. Dubé : Bien, c'est peut-être ma question pour monsieur Groulx, là, parce que... Comment il me reste de temps, M. le Président?

Le Président (M. Provençal) : Un peu moins de deux minutes.

M. Dubé : Le temps passe vite, là. Parlez-moi des RUISSS un peu pour... Parce que, M. Groulx, vous êtes plus du côté universitaire, de ce que je comprends, là, alors vous verriez quoi, la participation aux RUISSS, par... aux partenaires patients?

M. Groulx (Antoine) : Bien, en fait, un peu comme vous l'avez évoqué...

M. Dubé : En plus de ce que vous faites, là.

M. Groulx (Antoine) : Oui, en fait, c'est ça, nous, on essaie déjà d'apporter le partenariat patient dans les RUISSS puis on le fait un peu dans l'esprit de ce que vous avez évoqué. Oui, le patient est au coeur de votre projet de loi, mais nous, on va encore plus loin que ça, le patient n'est plus seulement au coeur ou au centre, le patient fait partie authentique de l'ensemble des collaborateurs qui travaillent à l'amélioration des soins.

Alors, dans les RUISSS, la place de ces patients dans l'élaboration des trajectoires, les RUISSS suivent beaucoup... Le patient, par exemple, qui est à Gaspé et qui doit avoir des soins tertiaires, bien, il va avoir tout un trajet qui va passer peut-être par Rimouski puis qui va finir dans le CHU de Québec, Université Laval. Alors, ces trajectoires-là, d'avoir des patients qui ont l'expérience de ce parcours-là, est extrêmement important et très riche pour le groupe des RUISSS, qui regroupent, en fait, effectivement, vous l'avez dit, des gens du monde universitaire, mais aussi des gens du réseau de la santé et des services sociaux. C'est ce qui fait sa force, d'ailleurs.

Alors, les patients, à mon avis, et les patientes, ils ont leur place comme partenaires authentiques, pas tant d'être au coeur des réflexions et des échanges, mais d'être littéralement des membres, des personnes qui vont élaborer l'amélioration de ces trajectoires.

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. le ministre.

M. Dubé : Moi, je pense que ça va très bien. Merci, merci beaucoup.

M. Groulx (Antoine) : Merci, M. le ministre.

Le Président (M. Provençal) : M. le député de Pontiac, vous avez 5 min 2 s pour votre échange.

• (12 h 10) •

M. Fortin : Oui. Merci, merci, M. le Président, Bien, d'abord, d'abord, je m'excuse de mon absence — j'ai le droit de dénoncer ma propre absence pour hier, M. le Président — je m'excuse aux groupes qui étaient là. Mais je suis content de vous avoir devant nous aujourd'hui puis de pouvoir échanger avec vous. Peut-être que vous pouvez nous aider, là, juste sur le... je pense que c'est un des derniers points que vous avez faits, là, en parlant que le commissaire aux plaintes ne devrait pas juste être un commissaire aux plaintes, il devrait y avoir un commissaire aux plaintes et aux... je pense que vous avez appelé ça relations avec les citoyens.

Une voix : Au partenariat.

M. Fortin : Oui. Donc, pouvez-vous peut-être élaborer là-dessus? Qu'est-ce que ça voudrait dire d'avoir ce double rôle là?

M. Dumez (Vincent) : Bien, ça voudrait dire... ça voudrait dire, finalement, que le... si je... Je vais caricaturer, là, mais le commissaire aux plaintes ne serait pas juste dans la gestion d'un processus de chialage, ou de revendication, ou de défense, mais il serait aussi dans un processus de mobilisation d'un certain nombre des citoyens pour trouver des solutions, que ce soient les comités usagers, que ce soient les patients partenaires. Donc, il serait... ou il aurait aussi des mécanismes, les mécanismes citoyens qui lui permettraient, éventuellement, de pouvoir travailler sur des... sur l'élaboration de recommandations et de solutions de recommandations. Donc, ça permettrait d'avoir un commissaire aux plaintes beaucoup plus équilibré, qui serait à la fois dans le négatif, mais aussi dans le positif et qui pourrait aussi avoir une perspective d'ensemble sur la participation citoyenne. Puis sa posture dans la structure, aussi, serait vraiment idéale pour ça. Je ne sais pas si je suis clair.

M. Fortin : Vous avez fait référence à certains... certaines autres juridictions où, effectivement, là, ça a déjà été mis de l'avant, des participations plus pleines de partenaires... de partenaires patients. Est-ce que vous pouvez nous dire à quel genre de modification concrète ça a mené dans ces juridictions-là, à quel genre d'amélioration on a vu assez rapidement dans le système et quel genre d'écoute additionnelle on a eue?

M. Dumez (Vincent) : Bien, par exemple, une des particularités des savoirs patients, si je on parle de cela, c'est que c'est les seuls... les patients sont les seules personnes à avoir une vue systémique du réseau. C'est les seuls qui traversent les silos. Les patients sont des «busters» de silos, c'est ça qu'ils font dans la vie. Donc, les premiers avantages qu'on a vus, quand on les a impliqués à l'intérieur des démarches d'amélioration continue de la qualité ou ailleurs, c'est qu'ils ont donné une vue de trajectoire de vie. Ils ont dit : Bien oui, bien, il n'y a pas juste l'hôpital, mais il y a l'hôpital puis ce qu'il y a avant l'hôpital, il y a la réadaptation, puis il y a ma communauté, puis il y a... Et donc, d'un seul coup, on a amené la, par exemple... la dimension de l'amélioration de la qualité à une démarche très, très réduite, à une démarche beaucoup plus large. Et les patients ont aidé à ouvrir des perspectives et à avoir une optimisation transversale beaucoup plus importante. Ça, c'est vraiment les choses... les grands constats qu'on a vus.

C'est comme... vous savez, les systèmes de santé se sont définis sans leurs clients pendant des décennies, hein? Aujourd'hui, on est dans ce vaste moment où on réouvre les systèmes de santé à la voix des citoyens, à la voix des patients, à la voix des usagers, puis ça amène de nouvelles perspectives et de nouvelles solutions, surtout. La particularité des solutions amenées par les patients partenaires, par exemple, ça a été très documenté dans la littérature, c'est qu'ils apportent souvent des petites solutions à fort impact et pas des grosses solutions sans impact, des petites solutions à fort impact, parce que c'est des angles qu'on ne voyait pas avant parce que, tout simplement, leur perspective n'était pas là. Je ne sais pas si je suis clair.

M. Fortin : Bien, l'idée du «buster» de silos, moi, j'avoue que j'aime ça, puis j'aime ça peut-être même un peu plus que le terme «top gun». Un «buster» de silos, d'après moi, ça aurait une utilité encore plus intéressante, mais bon...

M. Dumez (Vincent) : Excusez-moi l'anglicisme, en passant.

M. Fortin : Comment on peut le définir? Parce qu'il faut être capable de trouver les bons partenaires, les bons patients, les bonnes personnes qui, justement, sont capables de remplir le rôle que vous suggérez à travers les différents comités, donc... Puis je comprends votre différence... la différence que vous tentez de soumettre entre un usager qui participe à un comité des usagers puis un partenaire patient qui peut avoir une perspective plus grande, plus élaborée au fil du temps aussi, parce qu'il ou elle a vraiment vécu plusieurs parties du réseau, là. Alors, comment on le définit dans la loi pour être... pour s'assurer qu'on identifie les bonnes personnes puis qu'on met des gens qui ont les capacités pour faire ces rôles-là?

M. Dumez (Vincent) : Antoine, tu n'hésites pas à sauter dans l'arène, si tu as besoin. Mais moi, je pense qu'il faut les présenter comme des experts de la vie avec la maladie ou avec des conditions de santé. C'est ça que sont les usagers, et les patients partenaires, ce sont des gens avec beaucoup d'expertise de la vie avec la maladie. Et on met cette expertise et ces savoirs à la disposition de l'amélioration du système de santé, donc je pense qu'encre une fois c'est à la reconnaissance et c'est rattaché aussi à la fameuse modification de l'article 9, reconnaître que des citoyens qui sont malades, qui sont en difficulté, développent des savoirs, des savoirs de clinique, des savoirs de navigation et que ces savoirs-là ont une utilité dans l'amélioration du système de santé, aussi simplement que ça. Moi, je pense qu'à partir du moment où, je ne sais pas, Antoine, ce que tu en penses, mais qu'on a cette base-là, à partir de là, on est capable d'ouvrir, de consolider beaucoup de choses par la suite.

M. Groulx (Antoine) : Peut être ajouter un élément. Le législateur est celui qui sait certainement mieux l'écrire dans la loi, comme vous l'avez demandé, mais, clairement, il y a ici un potentiel aussi d'accompagner les partenaires patients, de les former, de les soutenir. C'est un peu ce que le centre d'expertise en partenariat patient-public et l'unité de soutien que je dirige offrent comme services, donc d'accompagner ces gens-là pour ne pas les voir instrumentalisés, se retrouver sur des tables comme des pantins, en prétendant simplement qu'ils y sont. Il faut qu'ils y soient et qu'ils puissent mettre pleinement leur savoir, leur expérience à contribution. Et ça, ça s'apprend, vous l'avez dit, hein, c'est vraiment quelque chose qui se développe, qui s'apprend...

Le Président (M. Provençal) : Merci...

M. Groulx (Antoine) : À force de faire, on devient expert, on devient...

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup...

M. Groulx (Antoine) : ...des Vincent Dumez.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, docteur, pour votre... cette précision-là. M. le député de Rosemont, un deux minutes arrondi.

M. Marissal : Un deux minutes? Merci. Bien, merci, messieurs, d'être là. M. Dumez, je vous l'ai dit l'autre fois, mais je vous le redis, navré pour ce qui vous est arrivé dans les années 90, mais surtout merci d'avoir continué à vous impliquer pour l'amélioration du réseau de santé. C'est précieux pour nous et pour tout le monde au Québec.

M. Dumez (Vincent) : Merci, M. le député.

M. Marissal : Selon vous, là, la présence des usagers et leur influence, surtout, parce qu'il s'agit surtout d'une influence, ici, elle est plus grande, elle est neutre ou elle est plus faible dans le projet de loi actuel?

M. Dumez (Vincent) : Bien, je pense que l'intention était qu'elle soit plus importante, vraiment, je le crois, mais... Bien, je pense qu'il manque... il manque une couche, en fait, il manque une... pour qu'elle soit plus forte, en tout cas, qu'elle... je ne dirais pas qu'elle soit plus forte, pour qu'elle soit plus forte, mais pour qu'on assume qu'on est plus mature au Québec, on a beaucoup plus de maturité, au Québec, pour aller plus loin que ça, pour rajouter une couche supplémentaire.

Au niveau des comités usagers, très honnêtement, la chose sur laquelle il faudrait... il va falloir réfléchir, c'est que... Ce qui faisait beaucoup la légitimité des comités d'usagers, par exemple, c'était qu'ils étaient reliés à des conseils d'administration. Aujourd'hui, ils sont reliés à des conseils d'établissement. Ça, c'est un élément sur lequel il va falloir se pencher parce que, même en termes d'indépendance des comités d'usagers, je pense que c'est une question de fond sur laquelle il faut... Ils vont avoir leur place au conseil d'administration, j'imagine, de l'agence, mais c'est quelque chose d'important.

Maintenant, pour cette autre voie que sont les patients partenaires, je pense que, là, effectivement, il y a une pierre à l'édifice qui manque et dont on vient de parler qu'il faut absolument qu'elle soit là. Ce serait un rendez-vous

raté et ce serait quand même un peu ridicule qu'au Québec on n'ait rien dans ce domaine-là, alors que c'est en train de se répandre, cette troisième voie est en train de se répandre un peu partout, justement, pour les vertus dont on a discuté.

M. Marissal : Donc, vous n'êtes pas très loin de la position défendue par le Conseil de protection des malades, là, sans nécessairement épouser leurs recommandations dans le précis, là, dans le détail, mais vous dites qu'on doit aller une couche plus loin pour nous assurer de votre représentativité. Ça passe notamment par un CA?

M. Dumez (Vincent) : Oui, puis, en fait, ce que je dirais, ce que je dirais, je répéterais, c'est qu'on est beaucoup plus... on est encore plus... on est à maturité, au Québec, pour aller plus loin. On est certainement un des endroits dans le monde où on a le plus de maturité pour pousser les choses plus loin, aujourd'hui, en matière d'engagement citoyen dans la santé, que ce soit par la défense de droits, que ce soit par la coconstruction des patients partenaires. On a vraiment l'occasion de créer quelque chose d'unique, parce que tout est déjà là : on a déjà 1 500 patients partenaires au Québec, on a déjà des comités d'usagers, on a déjà des regroupements, on a déjà des associations de patients extrêmement actives. Le tissu est incroyable.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup.

M. Marissal : Je vous remercie.

Le Président (M. Provençal) : Alors, on termine l'échange avec la députée de Vaudreuil.

Mme Nichols : Merci, M. le Président. Merci, merci d'être aux consultations particulières. Dr Groulx, compte tenu de votre expérience de praticien, j'ai une petite question. Je me demande : Si tous les médecins de famille appliquaient le principe de l'accès adapté, en plus de leur AMP puis en plus de leur charge hospitalière, est-ce qu'il y aurait assez de médecins de famille pour prendre en charge l'ensemble des Québécois?

• (12 h 20) •

M. Groulx (Antoine) : C'est une question récurrente à laquelle je serais bien prétentieux de vouloir répondre. Une chose certaine, si tous les médecins appliquaient ce type de modèle de pratique, l'accès des patients, qu'ils soient inscrits ou pas, serait certainement meilleur et serait plus rapide, il serait plus opportun, il correspondrait davantage à ce que les citoyennes et citoyens attendent.

Ça augmenterait certainement la capacité, aussi, de voir des patients, puisque c'est un travail qui se fait en collaboration interprofessionnelle, hein? L'accès adapté, ce n'est pas juste l'affaire d'un docteur qui s'organise, c'est un docteur qui travaille en équipe, qui organise son travail puis qui voit les bonnes personnes au bon moment et collabore avec des partenaires, justement, qui l'aident à faire son travail.

Donc, une fois toute cette information-là en place, oui, la capacité serait meilleure. Serait-elle suffisante pour dire qu'il manque ou qu'il ne manque pas de médecins au Québec? Là, il manque un peu d'information, là, sachant notamment que les médecins de famille ne font pas que ce travail de clinique, ils font toutes sortes d'autres choses. J'en suis la preuve aujourd'hui même devant vous.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, Dr Groulx. Mme la députée, le temps est écoulé. Je vous remercie à vous deux de votre présence et de votre contribution à nos travaux.

Je vais suspendre temporairement les travaux pour qu'on puisse accueillir le prochain groupe. Merci beaucoup.

M. Dumez (Vincent) : Merci à vous. Merci beaucoup.

M. Groulx (Antoine) : Merci. Au plaisir!

(Suspension de la séance à 12 h 21)

(Reprise à 12 h 22)

Le Président (M. Provençal) : Alors, nous reprenons nos travaux.

Nous recevons maintenant le Dr Martin Arata, le Dr Jean Beaubien et le Dr Martin De La Boissière, qui sont de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec. Alors, je vous cède la parole pour les 10 prochaines minutes, et, par la suite, on a notre échange. À vous.

Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ)

M. Arata (Martin) : Merci beaucoup, M. le Président. M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les parlementaires, merci de nous permettre de partager ce mémoire avec vous aujourd'hui et cette invitation transmise.

Aujourd'hui, l'Association des CMDP s'exprime au nom de 33 CMDP, au Québec, donc soit plus de 17 000 médecins, dentistes ou pharmaciens. L'ACMDP souscrit aux objectifs du ministre de la Santé et des Services

sociaux, qui visent l'amélioration de la performance du réseau et la décentralisation de ce dernier. Nous avons accueilli favorablement les principes énoncés par le ministre avant la présentation du projet de loi n° 15, soit la décentralisation, la dépolitisation, la gestion de proximité et l'interdisciplinarité. Cependant, à la lecture du projet de loi, nous sommes un peu perplexes. Nous ne sommes pas ici pour défendre le statu quo ni pour défendre les médecins, dentistes et pharmaciens, mais bien pour défendre l'accès à des soins de qualité pour nos patients au Québec.

Nous sommes aussi inquiets, car en aucun moment dans le projet de loi il est proposé un allègement de la lourdeur administrative qui submerge le travail des cliniciens. D'ailleurs, une étude publiée tout récemment démontrait que les cliniciens pouvaient, jusqu'à 10 heures par semaine, faire des tâches cléricales, donc non dédiées aux patients. Le changement de culture souhaité au lieu du changement de structure n'est pas décelé complètement dans ce projet de loi.

La création de Santé Québec nous apparaît centralisatrice et nous préoccupe puisque ce modèle semble reproduire une tendance déjà vécue lors de la pandémie, à savoir des pratiques uniformes pour l'ensemble des milieux, un style «one size fits all» qui, malheureusement, ne tient pas compte des réalités locales. Il n'est pas souhaitable que l'application de ce projet de loi fasse en sorte que la gestion du sommet vers la base, le fameux «top-down», pour utiliser un «top» — ça semble être à la mode — donc, de ce projet de loi fasse en sorte que la gestion du sommet s'accroisse. Cette façon de faire ne rapporte que peu de bénéfices, est souvent, malheureusement, démobilisatrice pour les cliniciens. Les modèles professionnels que l'on retrouve de gestion sont habituellement de la base vers le sommet, considérant que ces derniers sont les experts dans l'offre de soins aux patients.

À la lecture du projet de loi, le CMDP ne devient responsable que de l'évaluation de la qualité a posteriori, donc une fois qu'il est posé. Mais l'acte, c'est une entité, c'est global, alors ce n'est pas seulement le geste une fois posé, c'est tout ce qui tourne autour. Nous notons d'ailleurs que le CMDP, contrairement aux autres conseils professionnels dans le projet de loi, n'aura pas la possibilité d'émettre des recommandations concernant la distribution appropriée des services. Cela nous apparaît contraire au meilleur intérêt du patient. Nous croyons que l'organisation des services est partie intégrante de la qualité. Écarter les CMDP de ces discussions revient à affaiblir la place de l'expertise clinique dans la prise de décision. C'est un modèle d'organisation qui, malheureusement, éloigne la décision du patient et qui éloigne l'expertise clinique de la décision.

En d'autres mots, la mission fondamentale de soigner est subordonnée à l'administration. C'est comme si on voulait que la tour de contrôle gère l'atterrissage d'un avion sans tenir compte du pilote et ne pas laisser ce dernier gérer les réalités du terrain ou de la piste d'atterrissage.

Il nous apparaît fondamental que le chef de département, de plus, ainsi que le CMDP demeurent des acteurs faisant partie du processus de nomination et de... excusez-moi, de renouvellement de statut afin d'assurer une offre de soins adaptée à la réalité de l'établissement et à sa population et, de plus, assurer une certaine indépendance au niveau de ce processus qui nous apparaît fort pertinent.

Les changements législatifs impliquent un éloignement des professionnels médicaux, dentaires et pharmaceutiques des décisions prises concernant la qualité et la pertinence des soins dans l'établissement, alors qu'ils sont les premiers imputables de ceux-ci. Dans le contexte légal proposé, il sera très difficile pour les médecins, dentistes et pharmaciens d'exercer leur rôle de fiduciaire du patient, qu'il leur revient de jouer déontologiquement. Il y a risque de conflit déontologique versus d'une obligation de loyauté. Alors, ce sera difficile pour les professionnels. La transformation qui sera engendrée par l'application de ce projet de loi fera en sorte que le réseau sera une fois de plus en adaptation, et ce, pour quelques années, ce qui ne contribuera certes pas à l'amélioration de la qualité et, indirectement, à son accès. On prend exemple, par exemple... à la chirurgie.

Il faut aborder le conseil interdisciplinaire, plusieurs personnes l'ont abordé jusqu'à maintenant. Le conseil interdisciplinaire, dans la forme qui est présente, nous semble peu adapté à la réalité de gestion clinique. Nous croyons que chaque conseil professionnel prévu à la loi devrait pouvoir poursuivre ses activités de façon indépendante et permettre que le PDG y siège. Par contre, nous voyons une formule alternative un peu plus simple pour... sur laquelle siègeraient présidents, ou vice-présidents, ou délégués de chacun des conseils quelques fois par année afin de dégager des enjeux transversaux de qualité ou d'organisation qui concernent chacun de ces conseils, donc favorise encore une interdisciplinarité, mais beaucoup plus adaptée au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel simple, donc moins lourde.

J'ai eu l'opportunité de discuter aussi avec les autres présidents, présidentes de conseils, d'association de conseils au Québec, et eux aussi vont... et seraient à l'aise avec une formule beaucoup plus simple de cette nature-là, qui ferait en sorte qu'il y aurait une meilleure efficacité pour le fameux conseil interdisciplinaire.

Je poursuis avec le projet de loi, qui, bien sûr, revoit la fameuse discipline. Alors, le projet de loi n° 15 modifie de façon significative le processus de traitement d'une plainte concernant un membre du CMDP. Pour nous comme pour les autres professionnels, la discipline demeure une mesure d'exception, alors elle n'a peu d'effet sur l'amélioration de la qualité, et c'est bien noté et bien démontré dans les études. Donc, il nous apparaît important que ce processus soit juste et indépendant.

Nous tenons à rappeler que le traitement d'une plainte à l'égard d'un membre du CMDP avait été révisé récemment dans la loi et a fait l'objet de discussions et de réflexions afin de rendre le processus rigoureux. D'ailleurs, le modèle que nous avons au Québec a été présenté dans d'autres pays, dont le Brésil, pour qui on sait qu'ils se sont inspirés de notre modèle de traitement des plaintes au niveau professionnel. Donc, c'est quelque chose qui est probablement intéressant dans la forme qu'il est.

Il nous semble inusité qu'on puisse prévoir peut-être déjà, d'entrée de jeu, la sanction, parce qu'on a identifié des personnes qui peuvent distribuer certaines sanctions. Enfin, nous nous permettons de rappeler que le processus

disciplinaire associé aux ordres professionnels se réfère habituellement à une structure similaire à celle qui existe présentement dans le réseau, soit des comités constitués par les pairs, et, conséquemment et dans un souci de cohésion, nous sommes d'avis que ce mécanisme devrait s'appliquer également dans les établissements, comme il l'était antérieurement. Du point de vue juridique, nous sommes étonnés de constater qu'il peut y avoir plusieurs processus et possibilités de sanctions pour une même plainte. Cela nous semble contraire au principe d'équité procédurale.

Le volet médicaments, l'article 336, qui modifie l'accès aux médicaments. Dans le projet de loi proposé, lorsqu'un médicament n'aura pas reçu une valeur thérapeutique autorisée par l'INESSS, le patient n'aurait pas accès à ce médicament, selon le libellé de l'article. Vous comprenez que, présentement, si on appliquait cet article, plusieurs patients n'auraient pas eu accès à des traitements de chimiothérapie, des traitements pour les maladies orphelines en pédiatrie, et ce, parce que le comité de convenance a l'autorité, avec le CMDP, de rendre disponibles ces médicaments-là en fonction de la mise à jour de la littérature scientifique ou du besoin du patient.

• (12 h 30) •

Bien sûr, le temps alloué nous limite, alors nous voulons souligner quelques points en rafale, que nous avons mis... intégrés dans notre mémoire et qui sont tout aussi importants. Donc, je me permets de rappeler que l'enseignement, la recherche et l'innovation font partie des mandats du CMDP. À cet effet, la mission universitaire est peu abordée ou la protection de la mission universitaire est peu abordée dans le projet de loi.

Les tables territoriales, au niveau médecines spécialisées et médecine familiale, l'obligation d'avoir un statut pour les membres qui n'ont qu'une pratique exclusive à l'extérieur de l'établissement nous questionne sur la capacité du CMDP à jouer son rôle, puisqu'ils auront des statuts, ils seront donc membres du CMDP de par la loi.

Les comités d'évaluation de l'acte et la discipline. Dans le projet de loi, les deux semblent être amalgamés. Différence fort importante entre un comité d'évaluation de l'acte, qui est quelque chose de positif pour faire améliorer la qualité, et la discipline. On semble assimiler les deux à la même tâche dans le projet de loi. Important de différencier les deux, parce qu'ils n'ont pas le même objectif.

Et, bien sûr, les ressources humaines. Alors, je pense que tout le monde sait qu'il y a soit pénurie ou soit allocation des ressources humaines à revoir. Est-ce que les bonnes personnes sont à la bonne place? Est-ce qu'on utilise bien nos ressources? Est-ce qu'elles font vraiment des soins aux patients si elles ont ces compétences? Alors, peut-être important de revoir le tout.

Donc, en conclusion, la capacité du CMDP à contribuer à la prise de décision clinique dans une organisation est incontournable. De pouvoir compter sur sa force et sa préoccupation pour les patients est un atout pour le Québec et les Québécois. L'ACMDP se veut la fiduciaire des patients et croit à un système pertinent, sécuritaire, offrant des soins de qualité et de proximité, et c'est dans cette optique que nous vous avons présenté ce mémoire. Notre rôle de vigie administrative assure une sécurité pour les patients, évitant ainsi une dérive vers la simple productivité ou rentabilité. Nous offrons donc notre collaboration car nous sommes depuis toujours et chaque jour auprès des patients sur le terrain, nous permettant d'agir pour leur offrir l'excellence des soins qu'ils méritent. Merci de votre attention.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup pour votre exposé. M. le ministre, à vous la parole.

M. Dubé : Très bien. Combien de temps? Huit minutes? Bon, vous avez fait ça vite. Je vais essayer de faire ça encore plus vite.

Premièrement, j'apprécie vos commentaires encore une fois. Je vais essayer de les passer rapidement parce que je vais faire ce que je peux dans l'intérieur des cinq minutes qui me sont allouées.

Sur l'allègement des tâches, ça, je pense que c'est en dehors du projet de loi. S'il y a quelque chose qu'on doit faire... D'ailleurs, on est en train de discuter avec les compagnies d'assurance, comment on peut alléger les formulaires, puis etc. Ça, je veux juste que les Québécois comprennent qu'on travaille déjà là-dessus, puis ça n'a pas besoin d'être dans un projet de loi. OK.

Sur Santé Québec, je pense qu'il faut faire attention, puis je ne vous dis pas que vous n'avez pas raison de le dire, mais, quand vous parlez que c'est un exercice de centralisation, permettez-moi d'être complètement en désaccord avec vous, mais vous avez le droit de le dire. Alors, je veux juste le mentionner.

Par contre, lorsqu'on explique pourquoi il y a des changements importants pour vous... Puis là c'est difficile, là, mais, quand on va faire l'article par article, je vais présenter la gestion clinique comme elle se fait en ce moment versus la gestion clinique, comment on veut la faire dans le projet de loi. C'est très difficile de voir ça dans tous les articles, mais, lorsqu'on verra l'organigramme, puis vous pourrez suivre, parce qu'aujourd'hui je voudrais faire ça, mais, dans cinq minutes, je ne suis pas capable...

Et là c'est là que je pense qu'il faut faire attention à certaines choses que vous avez dites. Vous avez dit : Bien, nous, on veut continuer à s'occuper autant de la partie organisation de travail puis de qualité, alors qu'on n'est pas là du tout, nous. Nous, on dit que les médecins doivent continuer, entre autres, dans le rôle de CMDP, de s'occuper de la partie qualité, mais on est plus du côté du directeur médical, de s'occuper de l'organisation de travail. Il y a des endroits où ils doivent collaborer ensemble, mais un de nos gros enjeux qu'on a lorsqu'on discute de fluidité dans un hôpital, si c'est toute la même personne, puis que, des fois, le conflit était un peu entre les deux, bien, il faut avoir un arbitre, parce que, sans ça, on n'améliorera jamais notre fluidité, on n'améliorera jamais nos listes d'urgence, nos listes d'attente. Vous me suivez? Alors, oui, on peut être en désaccord, mais, quand vous parlez de centralisation, moi, je parle d'avoir les rôles aux bons endroits avec les bons professionnels.

Alors, on aura la chance d'en reparler, mais je voulais juste que les gens qui nous écoutent fassent attention à la terminologie, de dire que c'est un exercice de décentralisation ou de centralisation. Moi, je ne suis pas là, c'est le

patient qui est important, est-ce qu'on va donner au patient toute la qualité des services, oui, avec vous, mais, en même temps, on a besoin de refaire l'organisation du travail dans nos hôpitaux, et ça, je pense qu'il faut se trouver les moyens, les leviers pour le faire, et c'est là que j'ai un petit peu de misère avec votre proposition, entre autres. Vous en avez fait plusieurs, là, puis... Combien il me reste de temps, M. le Président?

Le Président (M. Provençal) : Quatre minutes.

M. Dubé : Il me reste quatre minutes?

Le Président (M. Provençal) : Oui, mais vous parlez tout le temps, M. le ministre.

M. Dubé : Ah! OK. Il me reste quatre minutes ou j'ai...

Le Président (M. Provençal) : 4 min 47 s, si je veux être précis.

M. Dubé : OK. Sur la question, je vais le dire comme ça, de l'organisation de travail, on a entendu, tout à l'heure, quelqu'un qui est venu nous dire : Le patient, là, il pourrait venir nous aider à améliorer le processus. Puis il nous dit : Moi, je devrais être dans le comité interdisciplinaire. Puis, je vous le dis, là, j'accueille ça très favorablement. Puis là vous me dites : Ce comité-là devrait se réunir juste deux fois par année. J'ai un gros problème avec ça. Si on veut changer les choses... Puis je voudrais vous entendre là-dessus, là, parce que moi, je me dis : Si on veut vraiment changer les choses puis mettre le patient... bien, ce n'est pas juste le médecin qui peut le dire. Il faut que tout le monde soit égal là-dessus. Il faut que les infirmières soient là, que les travailleurs sociaux soient là, que le patient soit là puis que tout ce monde-là, sur une base régulière, soit capable de dire : Heille! Moi, j'ai mon mot à dire là-dedans pour revoir les processus, pas pour la qualité du service. La qualité du service, là, vous avez cette responsabilité, votre code de... je le respecte, mais, quand vous venez me dire que ce comité-là devrait seulement se réunir deux fois par année, je vous le dis tout de suite, là, gros problème avec ça. Ça fait que j'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Arata (Martin) : Bien, écoutez, ce n'est pas de faire en sorte qu'il n'y ait pas les autres professionnels, parce qu'on dit que l'ensemble...

M. Dubé : ...avec le comité interdisciplinaire, avec le principe?

M. Arata (Martin) : Dans la forme qu'il est présentement, le comité nous semble très lourd, et on s'explique.

M. Dubé : Mais lourd dans quoi?

M. Arata (Martin) : En termes de quantité de professionnels autour de la table pour faire de l'opérationnel.

M. Dubé : Bien oui, mais, docteur, excusez-moi, là, s'ils ne sont pas là, comment qu'ils peuvent dire ce qu'ils pensent de façon régulière?

M. Arata (Martin) : Il y a des trajectoires. On parle d'interdisciplinarité. Les trajectoires interdisciplinaires ne concernent pas l'ensemble des professionnels pour un seul patient. Si on prend un patient aujourd'hui et on veut faire une approche interdisciplinaire, vous comprendrez qu'on ne mettra pas l'ensemble des professionnels autour du patient. On va mettre les professionnels pertinents. Et là je ne porte pas de jugement sur aucune profession, loin de nous... D'ailleurs, l'association des CMDP a été la première association à approcher les autres conseils de professionnels pour faire des activités conjointes. On a toujours été là. On a fait la promotion de l'interdisciplinarité.

M. Dubé : Donc, ce que vous me dites, que vous n'êtes pas contre le comité interdisciplinaire?

M. Arata (Martin) : Dans la forme qu'il est là, nous n'appuyons pas cette forme-là. Nous recommandons quelque chose de beaucoup plus allégé pour permettre à chacun des comités qui existent présentement et des conseils de faire un travail...

M. Dubé : Puis, dans vos recommandations, là, vous allez suggérer de l'alléger comment? Moi, je n'ai aucun problème avec l'allègement, mais est-ce qu'on va être capables de respecter le principe, plusieurs fois par année, de revoir nos processus, incluant le patient?

M. Arata (Martin) : Si le requis pour le patient est de faire des rencontres supplémentaires à ce qui est prévu dans notre proposition, ça pourra peut-être être regardé, mais on croit que ce comité devrait être stratégique.

M. Dubé : OK, donc, il y a une certaine... non, mais c'est important, parce que le CMDP, là, dans les choses qu'on a à discuter dans les prochaines semaines, prochains mois, là, est majeur. Si on veut être capables d'améliorer nos listes d'attente, nos chirurgies, c'est majeur, puis, en ce moment, il y a un blocage. Il y a un blocage entre la qualité

puis l'organisation du travail, puis, si on n'est pas capables de challenger ça avec les différentes personnes, on n'y arrivera pas. Quand j'ai dit en Chambre, plusieurs fois, puis je veux être très clair, là, très, très clair : Si on ne change pas nos façons de faire en ce moment, on ne sera pas capables d'atteindre... On a atteint un minimum d'amélioration qu'on peut faire, puis là il faut changer, puis moi, je veux savoir si vous êtes prêts à changer.

M. Arata (Martin) : On est toujours prêts à s'améliorer. D'ailleurs, ce serait dommage que les parlementaires croient ou aient la perception que le CMDP n'aide pas à l'amélioration de l'accès. Depuis plusieurs années... D'ailleurs, pendant la pandémie, on a mobilisé les troupes pour qu'ils fassent des travaux supplémentaires. Le CMDP a été là.

M. Dubé : Non, non, mais, docteur, ce n'est pas ça que j'ai dit. Moi, ce que je veux juste savoir, c'est que, quand vous mêlez le concept de centralisation avec des rôles plus définis, une meilleure organisation de travail, je veux juste avoir une réponse claire, êtes-vous prêt à collaborer dans un contexte interdisciplinaire pour être capables d'améliorer la qualité des services, mais travailler avec les autres qu'on a mis en place, comme le directeur médical, sur l'organisation du travail? Êtes-vous d'accord avec ça?

M. Arata (Martin) : On est d'accord à travailler en interdisciplinarité. On a toujours été d'accord. On a toujours fait la promotion d'une collaboration avec les directeurs médicaux, les DSP.

M. Dubé : Mais il faut que les bottines suivent les babines.

M. Arata (Martin) : C'est ce qu'on a toujours... Et d'ailleurs le rôle de l'association était de permettre aux CMDP de bien jouer leur rôle et de s'assurer aussi que les directeurs médicaux étaient dans leur champ de compétence lorsqu'ils exerçaient leur rôle dans leurs établissements, bien sûr.

M. Dubé : OK.

M. Arata (Martin) : Au plaisir.

• (12 h 40) •

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. M. le député de Pontiac, vous avez la suite.

M. Fortin : Ouf! J'en aurais long à dire, M. le Président, mais d'abord je veux vous remercier parce que je pense que vous avez fait état de quelque chose qui est assez simple, assez clair. On peut être en désaccord avec une partie... des parties du projet de loi sans vouloir le statu quo, puis c'est ce que j'ai entendu de votre bouche initialement, puis c'est ce que le ministre a de la misère à saisir de la part de plusieurs des intervenants qui font des interventions.

M. Dubé : ...

M. Fortin : Bien, moi, honnêtement, là, M. le ministre, quand vous parlez de blocage entre l'organisation du travail puis la qualité puis vous remettez ça sur des gens qui viennent ici faire une présentation, qui viennent nous partager leurs opinions, je trouve que vous allez un peu loin, mais, bon...

M. Dubé : ...

Le Président (M. Provençal) : M. le ministre, je veux juste... je veux juste vous rappeler que, là, c'est un échange entre le député de Pontiac et les représentants. M. le député de Pontiac.

M. Fortin : Oui. Il y a-tu équilibre, en quelque part, OK, entre ce que le ministre propose, qui est de dire : Là, l'organisation du travail, là, on fait passer ça à d'autres, on a un directeur médical qui va prendre ces décisions-là, puis il va y avoir un comité interdisciplinaire, puis ce qu'il y a en ce moment? Il y a-tu un média, un moyen qui est... qui serait plus acceptable? Parce que l'interdisciplinarité, là, vous l'avez dit, vous y croyez. Je pense que tout le monde croit à ça, à faire... à s'assurer que les infirmières, entre autres, que les travailleurs sociaux, que d'autres professions ont plus leur place dans les décisions de l'organisation du travail, mais il y a-tu une espèce de lieu mitoyen sur lequel on pourrait travailler?

M. Arata (Martin) : La proposition qu'on a faite quant à la constitution du comité interdisciplinaire en est, à notre avis, un, intermédiaire entre ce qui est proposé, qui est beaucoup plus large, comme on vous mentionnait, et les professionnels pertinents.

D'ailleurs, on parle d'interdisciplinarité comme si ça n'existait pas et qu'il y avait un frein à travailler en équipe au niveau du terrain. Moi, je vous avoue bien humblement que, dans la pratique, là, quotidienne, mes collègues, on n'est pas en compétition avec les autres professionnels, on est en collaboration. Oui, il va y avoir des situations d'exception comme il arrive dans toute organisation. Alors, je ne pense pas qu'on doit en faire une généralisation. Et puis la formation des professionnels, que ce soient les médecins ou autres, présentement, au niveau universitaire, se fait en interdisciplinarité et en collaboration. Et ça, ça ne se change pas avec une structure ou en changeant les structures, l'approche interdisciplinaire, ça se change avec un changement de culture et une compréhension de la plus-value de travailler ensemble.

Alors donc, pour ce volet-là, la proposition qu'on fait est une proposition qui fait confiance aux conseils professionnels et qui puisse se retrouver pour ce qui est important. Et la gestion, si vous me permettez encore, entre un directeur médical qui centralise l'ensemble de la gestion et le CMDP, antérieurement, cet équilibre-là permettait aussi une synergie dans les endroits où cette collaboration-là était des plus cohérente et donnait une approche plus démocratique. Vous savez qu'un exécutif, ce n'est pas son président ou sa présidente qui est fondé de pouvoir. Alors, les gens pouvaient amener des réflexions élargies sur des problématiques, et, quand on avait un consensus, c'était fort et ça faisait avancer les équipes médicales, dentaires et pharmaceutiques. Une recommandation d'un CMDP, je peux vous dire que les gens suivent et vont aller dans ce sens-là aussi.

M. Fortin : Si j'ai le temps, là, on reviendra à la question de l'organisation du travail, du directeur médical, mais je veux vous entendre...

Le Président (M. Provençal) : ...

M. Fortin : OK, une minute, je veux vous entendre rapidement, là. Vous avez parlé du médicament, puis on a entendu les intervenants précédents aussi parler de limitation hasardeuse de certains médicaments. Là, je comprends de votre intervention qu'il y a des gens qui pourraient perdre l'accès à certains médicaments qu'ils ont déjà à travers certaines initiatives dans le projet de loi. Pouvez-vous spécifier puis nous dire qu'est-ce qu'on a besoin de changer pour s'assurer que ces gens-là ont encore accès aux médicaments qu'ils ont en ce moment?

M. Arata (Martin) : Je vais permettre, si vous me permettez, à Dr Beaubien de répondre à cette question.

Le Président (M. Provençal) : Il vous reste 40 secondes.

M. Beaubien (Jean) : 40 secondes? Les pharmaciens n'aimeront pas la façon dont je vais résumer le circuit du médicament dans l'établissement. Il y a des organismes nationaux qui approuvent des médicaments pour des indications particulières. Ces médicaments-là sont inscrits par le ministre sur la liste des médicaments, et ensuite les prescripteurs de l'établissement peuvent les prescrire. Évidemment, les organismes nationaux ont de l'inertie, n'ont pas l'agilité de s'adapter au jour le jour à la littérature scientifique.

L'ancien projet de loi... Puis là les modifications qui ont été faites, là, ce n'est pas un 392 qu'on nous fait. Ils ont vraiment été modifiés, les articles. Le nouveau projet de loi modifie les anciens articles en fonction de... Si le médicament donné a fait l'objet d'un refus de valeur thérapeutique par un organisme national, par l'INESSS, il ne peut pas être administré par un prescripteur dans l'établissement.

Auparavant, si le médicament n'était pas sur la liste de l'établissement, puis le prescripteur avait des évidences scientifiques, il les présentait à un comité de pharmacologie, qui dépendait du CMDP, et le comité de pharmacologie, après l'analyse de l'état du patient, de la littérature, donnait la permission ou non de donner le médicament. Il y avait donc un comité de pairs qui examinait la demande. Ce n'était pas une liberté totale. Dans le projet de loi, si le...

Le Président (M. Provençal) : Merci. Je suis obligé de vous interrompre votre... J'ai dépassé de beaucoup le 40 minutes qui vous... le 40 secondes qui vous restait, mais... même si l'explication était très intéressante.

M. Beaubien (Jean) : Très bien.

Le Président (M. Provençal) : M. le député de Rosemont.

M. Marissal : Oui, vous allez pouvoir continuer sur mon temps maintenant.

M. Beaubien (Jean) : Merci, M. Marissal, je vais aller vite. Maintenant, si le médicament a fait l'objet d'un refus de la part d'un des organismes nationaux, il ne pourrait même pas être soumis à un comité de pharmacologie ou à un comité du CMDP pour être administré aux patients. On a environ 2 000 demandes par année à ce comité de pharmacologie là. C'est des demandes en pédiatrie, en hémato-oncologie, en neurologie. Il y a des médicaments qu'on ne pourra pas administrer à un patient au vu de la littérature ou des données, basé sur des données probantes, à cause de cette modification-là au projet de loi. L'APES va vous en parler plus.

M. Marissal : Le Dr Arata a dit tout à l'heure, là, qu'il y a des patients, en ce moment, qui ne les auraient pas. Tu sais, moi, dans mon rôle de parlementaire, là, je pourrais essayer de faire peur au monde, là. Pouvez-vous, s'il vous plaît, nous dire dans quel cas ça arriverait qu'un patient n'ait pas son médicament?

M. Beaubien (Jean) : Juste à cause du retard qu'on a eu en commission, j'ai eu une demande... parce qu'on fonctionne des fois par courriel, j'ai eu une demande pour un patient qui avait un lymphome, qui avait besoin d'un médicament. Il y avait eu une recommandation, un refus thérapeutique de l'INESSS, en 2021, sur ce médicament-là pour cette indication-là. Depuis ce temps-là, il y a de la nouvelle littérature et il y a une indication ou une possibilité de le donner, et on a acquiescé à la demande.

M. Arata (Martin) : Si vous permettez, ça représente, pour les deux dernières années, au-delà de 40 patients qui n'auraient pas reçu ces soins-là, là, seulement dans le CHU de Québec, et c'est, comme on vous disait, des cas de cancers et des cas de maladies pédiatriques. Alors, c'est quand même, là, des soins qui, pour les patients, là, seraient requis.

M. Marissal : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Merci. Bonjour. Merci de votre présentation. Étant donné qu'on a très peu de temps, je vais vous poser essentiellement une question en lien avec ce que vous décrivez, là, sur la décentralisation à la page 6 de votre mémoire. Vous dites que la réforme apparaît centralisatrice, pourrait imposer des pratiques uniformes, le «one-size-fits-all», une gestion du sommet vers la base, que vous croyez plutôt à la gestion combinée de proximité régionale et que vous souhaitez vous rapprocher de la population. En une minute, là, comment on fait ça?

M. Arata (Martin) : Bien, on fait déjà ce qu'on a commencé un peu au niveau des CMDP, donc décentraliser. Les CMDP étaient régionaux dans la loi. On a proposé que les CMDP soient décentralisés. Donc, on en retrouve dans chacun des secteurs, chacun des anciens établissements, pour aider à la gestion médicodentaire et pharmaceutique, donc se rapprocher du terrain, faire l'évaluation sur le terrain, prendre le contexte dans lequel s'offre le soin. Les directeurs de proximité, qui semblent se pointer au portillon, pourraient s'adjoindre ces équipes-là en autant qu'ils soient fondés de pouvoir et qu'ils soient en mesure de gérer leurs ressources et la transformation localement. On est là, sur le terrain, à le faire.

M. Arseneau : Et, justement, le lien pour se rapprocher à la... Quelle est la place de l'utilisateur ou du citoyen, là, dans ce que vous venez de décrire?

M. Arata (Martin) : Bien, les CMDP, comme vous mentionnez, sont des fiduciaires de patients. Donc, on s'assure, avec notre population, des besoins que ces derniers peuvent avoir puis on va l'exprimer. Si on a la certitude que les patients sont brimés dans une offre de soins de qualité, on va l'avancer. Souvent, si vous regardez au niveau des médias sociaux ou au niveau des médias, les sorties des CMDP ont souvent été en fonction d'un besoin de la population pour un service de proximité ou l'arrivée d'un nouveau service. Alors donc, c'est là qu'on peut agir et aider la population à avoir accès à leurs services.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Mme la députée de Vaudreuil.

Mme Nichols : Merci, M. le Président. Je fais vite, j'ai encore moins de temps que les autres. Dr Arata, vous vous souvenez sûrement de la loi n° 130, là, qui imposait, en quelque sorte, que... les AMP aux spécialistes, puis est-ce que j'ai besoin de donner des exemples, comme les consultations avant 17 heures, qui avaient évidemment un but précis, là, de réduire le séjour... de réduire la DMS? Le ministre, est-ce qu'il a raison de vouloir ramener des AMP ou d'autres mesures semblables dans son projet de loi?

• (12 h 50) •

M. Arata (Martin) : Bien, écoutez, les AMP sont, et, si on se fie au projet de loi... sont sous la juridiction des tables territoriales, donc beaucoup moins du CMDP. Ce qu'on fait, si on regarde pour les omnis, parce que les omnipraticiens ont des AMP, c'est qu'au niveau de l'établissement on va identifier des zones de fragilité, qu'on appelle, donc, par exemple, l'urgence, l'obstétrique, et puis, s'il y a des besoins de ce côté-là, on va le signifier au DRMG, que, lorsqu'un médecin va arriver sur le territoire... va avoir besoin de s'intégrer dans ces activités médicales particulières. Est-ce qu'au niveau des spécialistes ça pourra se décaler différemment ou autre? Je ne pourrai pas me prononcer parce que c'est nouveau. Si requis, on sera là pour peut-être identifier les besoins pour améliorer l'accès aux services aux patients si, bien sûr, il nous est permis d'aider à l'organisation des services, là, dans tout ça.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Merci surtout pour votre contribution et de vous être déplacés. Alors, on suspend les travaux jusqu'à 14 heures. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 51)

(Reprise à 14 h 03)

Le Président (M. Provençal) : À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

Nous poursuivons les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. Cet après-midi, nous entendrons les témoins suivants : le Conseil de la protection des malades, le Regroupement provincial des comités des usagers et le Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

Je souhaite maintenant la bienvenue à maître Paul Brunet, M. Pierre Hurteau et à Mme Ginette Desmarais, du Conseil de la protection des malades. Vous disposez de 10 minutes pour votre exposé. Par la suite, nous procéderons aux échanges. Je vous cède la parole.

Conseil pour la protection des malades (CPM)

M. Brunet (Paul G.) : Bonjour, M. le Président, M. le ministre. Merci de nous inviter, messieurs dames les membres de l'Assemblée nationale. Paul Brunet. Donc, je suis accompagné de M. Hurteau et de Mme Desmarais. Le Conseil pour la protection des malades fêtera ses 50 ans l'année prochaine. J'espère que vous serez des nôtres.

Trois préoccupations, puisque vous avez déjà notre mémoire. Nous sommes inquiets quant à la formation du fameux comité national des usagers de l'article 69. Pourquoi avons-nous besoin que ce comité surveille? Surveiller, ça veut dire contrôler. Pourquoi avez-vous besoin de faire surveiller les comités? Les comités à travers le Québec sont déjà très, très diminués en termes d'autonomie. Vous voulez assurer que quelqu'un, en haut, va les surveiller. Très inquiétant, M. le Président, M. le ministre.

Deuxième préoccupation. Le ministre est tellement fier ou confiant de sa réforme que, malheureusement, il a mis la même limite au droit à la santé, c'est-à-dire l'article 13 de la loi actuelle, qu'il reproduit à l'article 14. Pourquoi, si on est si convaincus du succès qu'on aura avec le projet de loi de la réforme, on met la même limite que le ministre Côté avait mise, en 1991, quant à la limite sur l'offre de soins et la garantie de soins? La question est posée.

Enfin, on est inquiets, M. le ministre, sur les patients d'exception. Il y a des patients avec des maladies rares qui pourraient se voir restreints dans l'accès à des médicaments extrêmement importants pour des maladies rares, des maladies des patients orphelins. Et j'attire votre attention sur l'article... les articles 334 et suivants. Assurons-nous que les patients avec des maladies rares, les patients d'exception, continueront à avoir accès à des médicaments si importants pour leur survie. Et on craint que les articles qui sont présentement dans le projet de loi ne les empêchent d'avoir accès éventuellement, notamment parce que c'est l'INESSS qui va décider si ce que le médecin recommande ou prescrit doit avoir cours. On ne pense pas que c'est une bonne idée.

C'étaient mes trois... non pas mes trois liens, mais mes trois préoccupations. Je vais maintenant céder la parole à ma collègue Ginette Desmarais.

Mme Desmarais (Ginette) : Oui, bonjour, M. le ministre, bonjour M. le Président. Alors, moi, je veux aborder simplement ce qui est relatif à la voix des résidents en CHSLD en indiquant, selon notre compréhension, les risques de rupture entre la voix des usagers en CHSLD et les autres comités qui sont créés par le projet de loi n° 15. Sinon, M. le ministre, vous n'aurez pas tous vos indicateurs.

Alors, le comité de résidents, on s'entend, c'est le comité de base, c'est le comité qui est en CHSLD, c'est le seul comité qui soit vraiment sur le terrain. Ça, il n'y a pas de problème, ils sont élus par les résidents, tout ça.

On arrive au comité des usagers, qui chapeaute normalement les comités de résidents. Alors, dans le comité des usagers, vous avez cinq membres élus par tous les usagers de l'établissement et aussi un représentant désigné par et parmi chacun des comités de résidents qui font partie du comité des usagers. Moi, je comprends, à la lecture du projet de loi n° 15, qu'un représentant de comité de résidents fait partie du comité des usagers et, à ce titre-là, je vous invite à comparer, par exemple, les articles 212 et 212.1 de la loi actuelle, la LSSS, avec l'article 149, qui énumère les fonctions des comités des usagers. Moi, je comprends, à ce moment-là, comme je fais partie à titre de représentante d'un comité de résidents, je comprends, à ce moment-là, que je peux exercer, par exemple, la quatrième fonction du comité des usagers, sur l'accompagnement et l'assistance à un résident qui demande à être accompagné lorsqu'il veut formuler une plainte. Dans tous les cas, dans tous les cas, concernant cette quatrième fonction du comité des usagers, nous recommandons que ce soit reformulé pour qu'il y ait vraiment collaboration entre le comité des résidents et d'usagers quand il s'agit d'assister un résident en CHSLD pour formuler une plainte. Je répondrai là-dessus éventuellement, après mon trois minutes, là.

Quand on arrive au conseil d'établissement, alors, sur le conseil d'établissement, vous avez cinq usagers qui sont nommés par le CA de Santé Québec. Alors, moi, je m'interroge sur la définition, vraiment, du mot «usager» ici, parce qu'on sait très bien que les usagers en CHSLD, étant très hypothéqués, il est quand même difficile de concevoir qu'un usager d'un CHSLD puisse être actif sur un conseil d'établissement. Donc, je pense qu'il faut revoir la définition de l'usager. Il faut inclure... Si on veut vraiment qu'il y ait un porte-parole sur le conseil d'établissement pour les CHSLD, il faudrait quand même que ce soient des représentants de ces usagers-là, donc qu'ils soient désignés par des comités d'usagers ou de résidents déjà en place.

J'arrive au comité de gestion des risques de l'établissement. Le comité de gestion des risques, encore là, les membres sont nommés par le PDG de l'établissement, et il y a des usagers qui sont prévus sur ce comité. Sur quels critères ces usagers-là vont être nommés? Je ne le sais pas. Mais, encore là, c'est toujours le même problème : La voix des usagers en CHSLD, est-ce qu'elle va être bien représentée sur le comité de gestion des risques? Parce qu'on sait qu'en CHSLD les risques... on parle des risques de chute, des risques d'étouffement, les risques sont... puis il y en a beaucoup en CHSLD, il y en a beaucoup à chaque année dans les rapports d'incidents. Et moi, je pense qu'un comité de gestion de risques relié à l'établissement doit avoir, dans son comité, un usager ou un représentant d'usagers en CHSLD. Il faut s'assurer que la voix des CHSLD soit aussi présente dans ce comité-là.

Donc, pour appuyer tout ça, je vous ramène à l'article 13, qui dit que «les droits reconnus à toute personne par la présente loi peuvent être exercés par un représentant». Il faut absolument que les usagers en CHSLD, qui sont

parmi les plus... qui n'ont plus de voix, pratiquement, soient vraiment représentés mur à mur dans tous les comités créés par le projet de loi n° 15. Merci. Alors, je passe la parole à M. Pierre Hurteau.

• (14 h 10) •

Le Président (M. Provençal) : Merci. Votre son.

M. Hurteau (Pierre) : Excusez-moi. Alors, je salue tous les membres de la commission. Bien sûr, on n'a pas beaucoup de temps, donc il y a beaucoup d'aspects, dans le projet, avec lesquels on est d'accord, on les a mentionnés dans le mémoire, mais je vais plutôt m'attarder ici à vous exprimer un certain nombre d'inquiétudes que nous avons concernant un volet qui est cher au ministre, le volet de l'expérience patient.

Alors, on note un changement de vocabulaire important qui transforme radicalement la gouvernance dans le réseau : on parle maintenant de «conseil d'établissement» en remplacement de «conseil d'administration». Donc, il n'y a plus de rôle de gouvernance, mais un rôle d'être conseiller auprès de la direction des établissements.

Je vous rappelle qu'avant la réforme Barrette les comités d'usagers avaient deux représentants sur les conseils d'administration, donc deux usagers qui participaient à la gouvernance de l'établissement, et, avec la réforme, on nous a réduits à un. On a également éliminé les deux personnes qui étaient élues par la population pour représenter la population sur les conseils d'administration. Ça aussi, c'est disparu avec la réforme Barrette. Donc, bref, on assiste, avec ces... ce projet, à une forme d'érosion de la participation citoyenne avec de plus en plus des nominations, des désignations qui sont faites par le haut, mais qui ne proviennent pas de la base, qui ne proviennent pas des pairs. Alors, ça, ça nous inquiète au plus haut point.

Alors, soyons clairs, le ministre le mentionne, je crois, si c'est bien à l'article 1 du projet, qu'il veut de l'efficacité, mais aussi il veut de la proximité des soins. Bien, nous, on pense que, si on réduit énormément — parce que c'est ça qui va arriver avec les conseils d'établissement — le nombre de comités d'usagers, il n'y en aura plus, des comités d'usagers dans les CLSC, dans plusieurs hôpitaux. Bien là, c'est encore une fois la voix citoyenne qui ne peut pas s'exprimer là où se prennent les décisions dans les installations. C'est bien, comme dans le projet, de mettre une direction dans chaque installation, mais aussi ça doit se refléter dans le fait que les usagers ont une voix, là.

Et je reviens aussi, pour terminer sur ce volet-là, avec les... ce que Mme Desmarais disait, c'est qu'au fond on veut que ce soient les pairs qui sont élus et des membres de comités qui soient sur les comités, que ce soient, par exemple, les comités de vigilance, les comités de gestion de risques. Là, on parle... Les conseils d'établissement. On parle d'usagers, mais c'est qui, ça? Est-ce que c'est des gens qui siègent là à titre individuel? Quel mandat ont-ils pour représenter l'ensemble des usagers?

Alors, en conclusion, on... Nous, ce qu'on dit, finalement, c'est qu'on va considérer que le projet de loi n° 15 est une réussite quand on va voir, à court terme, les délais d'attente dans les chirurgies pour avoir accès à un professionnel, avoir un lit dans un centre de longue durée, un rendez-vous rapide en santé mentale, des... un accès facilité à des soins à domicile, tout ça, lorsque ça va être fait rapidement, bien là on pourra dire que c'est une réussite, la réforme.

Puis finalement...

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup pour votre présentation, pour votre exposé. Alors, M. le ministre, je vais vous céder la parole pour l'échange.

M. Dubé : Très bien. Merci, M. le Président. Et à toute votre équipe, là, M. Bruneau... M. Brunet, pardon, Mme Desmarais, M. Cotteau, merci beaucoup.

Je vais y aller en rafale avec quelques questions parce que je pense que c'est important. Mais, avant de poser mes questions, je voudrais dire que je souscris totalement à vos objectifs d'avoir la plus grande participation possible des usagers. Vous savez, je vous ai rencontrés, puis on en a déjà parlé.

Maintenant, faire le lien avec ce qui est présentement dans le projet de loi, moi, ce que j'ai compris, souvent... puis, s'il faut s'ajuster à ça, on va s'ajuster, mais ce que j'ai compris, puis peut-être l'expliquer, là, vous êtes quand même quelques organisations qui sont des représentants des usagers, là, vous êtes une des importantes, là, mais, de ce que je comprends, c'est qu'il y a à peu près 600 comités d'usagers, je regarde dans l'ensemble du réseau de la santé. C'est beaucoup, hein? Et, moi, ce que je comprenais, c'est que, des fois, c'était difficile de mobiliser ou d'avoir des représentants sur tous ces comités-là. C'est ce que j'entends. Et j'aimerais ça, que... échanger avec vous là-dessus.

Et une des choses qui nous a guidés, ce n'est pas de les enlever, mais de leur donner une meilleure voix. Et ça, pour moi, c'est important, parce que, si, et là je vous donne l'exemple, si on a un comité d'usagers qui est très fort par établissement au lieu d'un par installation, est-ce qu'en faisant ça notre objectif... puis peut-être à tort, mais on est là pour en discuter, notre objectif, c'était d'amener le niveau décisionnel très proche non seulement de l'installation, mais de ceux qui vont pouvoir décider de, justement : Est-ce qu'on a les bons services? Alors, si vous, vous me dites qu'en ce moment vous n'avez pas de difficulté à mobiliser tous ces comités-là au niveau de l'installation, bien, il y a des articles de loi qui disent qu'au besoin on le fera.

Mais je veux juste vous entendre, parce que, moi, ce que j'ai entendu souvent, puis ça, c'est ma première question, que, souvent, c'est difficile de trouver tous les usagers. Puis là je ne fais pas le point avec les CHSLD, où, comme vous avez dit, Mme Desmarais, là... puis c'est peut-être une exception pour les usagers de CHSLD, mais, M. Brunet, je veux vous entendre là-dessus parce que l'objectif, en tout cas, notre objectif, ce n'est pas d'enlever une voix, au contraire. Puis après ça je vous expliquerai qu'on monte cette voix-là partout. Avant, elle était limitée au comité des usagers, comme vous avez dit, puis les dernières réformes l'ont enlevée. Puis moi, je veux la monter, je veux la monter jusqu'au conseil d'administration de Santé Québec.

Alors, expliquez-moi que vous n'avez pas de misère à combler les 600 quelques comités d'installation qu'on a.

M. Brunet (Paul G.) : Bien, M. le ministre, je peux vous dire que les 250 comités qui sont affiliés chez nous sont généralement très actifs. Ils sont sous-financés. Ça fait au moins 10 ans qu'il n'y a pas eu des ajustements. Ils sont parfois épuisés, et, souvent, leur voix...

M. Dubé : Bien, ça, je vous ai entendu dire ça. Excusez-moi. Je vous coupe. Mais, quand... quand vous dites qu'ils sont sous-financés ou qu'ils sont épuisés, moi, c'est ça que j'entendais, que c'était difficile d'avoir... Parce que, si c'est une question de financement, bien, on va comprendre qu'il faut peut-être s'organiser autrement, mais... Allez-y.

M. Brunet (Paul G.) : La voix... La voix des usagers, M. le ministre, elle est la mieux entendue particulièrement dans les comités de résidents. Les comités d'usagers sont très actifs, mais, particulièrement en CHSLD, pour savoir ce qui se passe, il faut parler aux comités de résidents. Et parfois, actuellement, la voix, les problématiques qui sont soulevées par les comités de résidents, passe parfois vers les comités d'usagers, mais, après ça, ça s'étire, et là ça devient flou, de sorte que l'administration n'a pas toujours l'heure juste comme vous nous avez proposé vous-même de vous la donner.

C'est pour ça que, tu sais, la mission d'un réseau de la santé, c'est du monde sur le terrain.

M. Dubé : D'accord avec ça.

M. Brunet (Paul G.) : Si vous élevez des structures en haut, vous ne saurez pas ce qui se passe sur le terrain. Nous, on l'a vécu dans plusieurs des cas.

M. Dubé : Bien, c'est pour ça, M. Brunet, puis à vos collègues, là, que je veux juste qu'on se comprenne bien. Si... Supposons qu'on met les comités d'usagers comme ils sont en ce moment, là, par installation, faisons cette hypothèse-là, puis qu'on trouve des accommodements sur la question du financement, OK... Parce que c'est ça que vous me dites. Parce que, des fois, il y en a, des enjeux de financement. Vous me l'avez expliqué.

Mais mettons ça de côté parce que ça, on n'a pas besoin de ça dans le projet de loi, parler du financement. Les autres améliorations qu'on fait, est-ce qu'en général vous êtes d'accord? Parce que, comme je vous dis, moi, si on met de côté le comité d'usagers par installation, mais que toutes les améliorations qu'on fait au niveau de l'établissement, on s'entend, là, on va dire : Il va y avoir un comité d'usagers où vous allez être, sur le conseil d'établissement, très présent, puis en plus il va y avoir des représentants au niveau du conseil d'administration, c'est quand même deux grandes nouveautés, là. C'est quand même... Et c'est pour ça que je veux vous entendre sur, OK, ce que vous me dites qui va peut-être moins, mais qu'est-ce qui va mieux selon... que le PL n° 15 améliore.

• (14 h 20) •

M. Brunet (Paul G.) : Bien, ce que nous, on propose, puis je veux laisser mes collègues parler, mais ce qu'on... ce qu'on... ce dont on veut s'assurer surtout, c'est qu'il y aura toujours cette voie-là, où on prodigue des soins, et surtout que, si vous faites monter ou nommer des gens sur des comités plus... plus nationaux, si vous voulez, que ceux-ci proviennent de leurs pairs et non pas que ce soient des nominations politiques. C'est ce qu'on... C'est ce qu'on demande principalement.

M. Dubé : Ça, je comprends, puis ça, c'est un très bon point, parce que... D'ailleurs, quand j'avais lu des éléments de votre... de votre présentation, pardon, vous dites : Ça, ça devrait être précisé, que, lorsqu'on parle, par exemple, d'un représentant des usagers, ça ne peut pas être n'importe qui qui est déconnecté de la réalité de... ça... Donc, ça, c'est un point important que vous soulevez.

M. Brunet (Paul G.) : Oui.

M. Dubé : OK.

M. Hurteau (Pierre) : Est-ce que je pourrais ajouter quelque chose?

M. Dubé : Bien, certainement. Vous êtes là... Vous êtes... Vous êtes là pour ça.

M. Hurteau (Pierre) : Bien, moi, ce que j'aimerais dire, c'est qu'au fond il n'y a personne de mieux placé pour savoir ce qui se passe dans un établissement que la personne qui y est. Alors, si on s'en remet à un comité qui chapeaute un ensemble des établissements, bien, c'est possible qu'il ne soit pas trop au courant de qu'est-ce qui se passe dans chacune des installations. En d'autres mots, l'argument que j'essaie de vous amener, c'est un peu le même que vous avez utilisé vous-même pour mettre des directeurs dans chacune des installations.

M. Dubé : Tout à fait. Non, je comprends ça très bien.

M. Hurteau (Pierre) : Parce qu'il n'y a personne, là, de mieux placé que la personne qui se trouve sur les lieux.

M. Dubé : Je me permets de vous amener ailleurs, si vous voulez, M. Brunet puis vos collègues, parce que... Il me reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Provençal) : Il vous reste 8 min 10 s.

M. Dubé : OK. Deux choses que j'aimerais vous demander. Quand on vous parle de... On parle de la responsabilité populationnelle des médecins. Moi, je veux vous entendre sur surtout lorsqu'on on parle, par exemple, de leur présence dans les CHSLD, où on parle, par exemple, d'avoir une présence accrue des médecins spécialistes pour être capables de diminuer les temps de consultation. Vous l'avez lu, le projet de loi? Avez-vous eu le temps de commenter un peu là-dessus, M. Brunet, ou vos collègues?

M. Brunet (Paul G.) : Personnellement, M. le ministre, on est...

M. Dubé : Parce que c'est vous... c'est à vous que les médecins s'adressent, là, quand on parle de cette responsabilité populationnelle, là.

M. Brunet (Paul G.) : M. le ministre, on a été été convoqués le 13 pour un projet de loi de 1 000 pages pour une convocation aujourd'hui. Moi, personnellement, je ne sais pas pour mes collègues, mais je ne pourrais pas vous commenter la question que vous nous posez intelligemment puisque je n'ai pas tout lu le projet de loi.

M. Dubé : OK. Est-ce que je pourrais vous demander... peut-être que Mme Desmarais veut dire quelque chose, mais, si vous ne pouvez pas le faire aujourd'hui, j'aimerais ça, vous entendre par la suite, parce que ça, c'est un élément important, là. Tu sais, quand je dis : Il y a à peu près quatre grands thèmes qu'on demande, entre autres, avec les médecins, la responsabilité populationnelle, ce n'est pas juste ceux qui viennent en consultation dans une clinique médicale. Moi, je veux entendre parler de la responsabilité populationnelle des gens qui sont en CHSLD, qui ne peuvent pas se déplacer ou... Alors... Puis, si vous ne pouvez pas aujourd'hui...

Mais peut-être que, Mme Desmarais, vous avez donné une partie de réponse à ça?

Mme Desmarais (Ginette) : Oui. Bien, une partie de réponse, oui, parce que moi, je suis essentiellement sur le terrain, là, parce que... depuis 2015 en CHSLD. Moi, je peux vous dire que le médecin qui est affecté en Estrie, en tout cas, à notre CHSLD, et son bureau est dans notre CHSLD, elle est noyée de paperasse, c'est épouvantable. Je veux dire, il faut vraiment l'appeler si on constate chez un proche qui est hébergé, par exemple, un problème de santé ou un symptôme qu'il n'avait pas avant, tout ça. Ce n'est pas toujours automatique, tout ça. Mais on peut comprendre, parce qu'elle est... Ce n'est pas possible de... Moi, je la vois souvent travailler tard le soir, là, quand je suis là moi-même le soir. Et puis c'est effrayant, la paperasse qu'elle a à faire.

L'autre chose, c'est que je n'ai pas lu tout le projet de loi non plus, mais l'autre chose qui nous préoccupe, par exemple, dans les RPA, il y a des unités de soins où il n'y a pas... il n'y a pas de médecins affectés dans ces unités de soins là. Dès qu'il y a un problème, on envoie la personne à l'urgence. Et ça, ça n'a pas de sens, là, parce qu'elle est souvent seule, elle peut rester à l'urgence des heures...

M. Dubé : Bon, bien, ça, je suis content, parce que ça, on l'a noté depuis la fin de la pandémie, qu'on a perdu beaucoup de médecins qui agissaient dans des RPA, entre autres, sur une base, mettons, une journée semaine ou une journée... et qui ne sont plus là maintenant, qui sont retournés et qu'on a perdus. Je suis content de vous entendre. Bien, c'est un peu... c'est un peu là que je veux aller. Je veux vous entendre aussi...

M. Brunet (Paul G.) : Avez-vous les...

M. Dubé : Oui, allez-y, M. Brunet.

M. Brunet (Paul G.) : Avez-vous des articles, M. le ministre, qu'on pourrait regarder suite à votre question, là, que vous nous posez?

M. Dubé : Oui, je vais vous donner... Ce que je ferai, je vous enverrai un petit courriel sur peut-être des articles à focuser sur la... c'est ce qu'on appelle toute la gouvernance clinique, là. Il y a... C'est les parties III, IV et V, là, du projet de loi. Mais je vous donnerai un peu plus de détails.

M. Hurteau (Pierre) : M. le ministre, si vous permettez...

M. Dubé : Bien, allez-y.

M. Hurteau (Pierre) : ...pour répondre à votre question aussi, je vous dirais qu'à la page 2 de notre mémoire, dans le bas, c'est marqué : «Nous approuvons : certains aspects de décentralisation vers des établissements sont souhaitables, notamment avec la nomination d'un directeur d'établissement et d'un plus grand rôle joué par les directions médicales régionales ou d'établissement.»

M. Dubé : C'est ça.

M. Hurteau (Pierre) : Alors, oui, on est en faveur de ça et, oui, on est en faveur de ce que les médecins spécialistes soient mis davantage à contribution. Ça, oui, on l'a dit, là. On ne l'a peut-être pas exprimé de la façon que...

M. Dubé : Non, mais je l'apprécie, parce qu'on a eu une discussion tantôt avec les CMDP, puis les CMDP, c'est un peu ce qu'on leur a parlé, de faire la différence entre la qualité du travail, mais aussi de s'assurer qu'en termes d'organisation de travail il y a une plus grande présence médicale. Alors, je vais vous envoyer les articles puis je pense qu'on se comprend.

J'en profite... Il me reste?

Le Président (M. Provençal) : 3 min 30 s.

M. Dubé : Trois minutes. Tantôt, vous m'avez bien dit... vous avez été clair sur ce qu'on devrait améliorer sur le comité des usagers local, je vais l'appeler comme ça, là, par installation. Parlez-moi du commissaire national aux plaintes. Moi, ce que je veux, ce que je veux, c'est être capable que les plaintes se rendent le plus rapidement possible jusqu'en haut de la machine. Parce que, souvent, vous me l'avez dit, ça ne se rend pas, hein? Des fois, ça arrête à l'installation, des fois, ça arrête à l'établissement, mais c'est très rare que ça se rend jusqu'au ministre.

Alors, moi, mon objectif du commissaire national aux plaintes, c'est d'être sûr qu'avec toutes les... puis je n'irai pas dans toutes les étapes, là, que ça se fait. Est-ce que vous avez quelque chose à dire là-dessus, dans nos objectifs d'un commissaire national aux plaintes?

M. Brunet (Paul G.) : M. le ministre, on a moins besoin d'un commissaire national que d'accélérer le traitement des plaintes.

M. Dubé : Bon, ça, c'est la deuxième question.

M. Brunet (Paul G.) : D'ailleurs, on vous propose... on vous propose...

M. Dubé : Bon, comment on fait ça? M. Brunet, comment on fait ça, oui, pour accélérer le traitement?

M. Brunet (Paul G.) : Bien, tout ce qui n'est pas clinique, l'hôtellerie, nommez-les, les repas, 15 jours. Tout ce qui est clinique, on convient que ça peut prendre plus de temps puis ça va prendre un médecin examinateur, mais pourquoi on ne mettrait pas le délai pour traiter une plainte qui n'a pas rapport à l'aspect clinique 15 jours?

M. Dubé : Ah! ça, j'aime ça, tout ce qui n'est pas clinique, 15 jours au lieu du 45 jours ou 60 jours qui est déjà dans la LSSSS.

M. Brunet (Paul G.) : Bien oui. Tu sais, on fait des plaintes sur les repas, ça prend 45 jours. C'est ridicule.

M. Dubé : C'est intéressant, ça.

M. Brunet (Paul G.) : Alors, ça, ça serait une belle amélioration.

M. Dubé : OK. Je vous en pose...

M. Brunet (Paul G.) : Présentement, c'est quelqu'un au ministère présentement qui chapeaute, si vous voulez, les commissaires. C'est un des compromis qu'on avait faits lors des récents amendements. Mais, qu'on ait un commissaire national, il faut faire attention, parce que, dans chaque région, nous, on connaît les commissaires, on a souvent traité avec eux, avec elles, et souvent il y a des couleurs régionales dont il faut faire attention. Ce n'est pas vrai que «one size fits all» va faire partout.

M. Dubé : Non, non. On s'entend.

M. Brunet (Paul G.) : On s'entend? Alors, soyez prudents, si vous me permettez, dans la nomination d'une tête nationale qui, pour nous, serait beaucoup plus profitable si on accélérât le traitement des plaintes.

L'autre chose que je veux vous dire là-dessus, c'est qu'il y a des commissaires qui glissent, il y a des commissaires qui glissent en disant : Bien là, votre plainte, dans le fond, elle ne sert qu'à améliorer la qualité des soins. Non, c'est une plainte au sujet d'un droit que des gens prétendent qu'il a été violé. Il faut rappeler aux commissaires la job d'enquêter sur une plainte pour un droit qui n'est pas respecté. C'est ça...

M. Dubé : Une autre question, puis je ne veux pas prendre des exemples, là, mais moi, je vois le genre de plaintes où j'ai un malaise avec des événements des derniers mois, où quand quelqu'un a besoin d'un traitement, là, je pense aux soins palliatifs, là, et qu'il ne peut pas attendre, même 15 jours, pour se plaindre, comment vous voyez... Vous voyez ce que je veux dire, là. Quelqu'un, là, qui dit : Moi, ce n'est pas normal que ma mère ait été traitée comme ça, puis j'aurais voulu parler à quelqu'un à l'hôpital ou au CHSLD. Comment vous voyez ça? C'est quoi, la rapidité de la plainte ou la procédure qu'on pourrait suivre?

M. Brunet (Paul G.) : Bien, rappelons-nous, dans le cas qui nous concerne puis qu'on ne nommera pas, la personne a attrapé la COVID, puis c'est pour ça qu'elle a été empêchée d'atteindre l'unité de soins palliatifs. Mais elle a attrapé la COVID à cause de l'hôpital. Alors, c'est à l'hôpital à s'assurer qu'elle recevra les soins palliatifs, nonobstant le fait qu'elle ait la COVID, puisqu'elle ne l'avait pas, la COVID...

M. Dubé : Est-ce que ça serait une bonne idée...

M. Brunet (Paul G.) : ...quand elle est entrée à l'hôpital.

M. Dubé : Excusez-moi. Est-ce que ça serait une bonne idée que, maintenant qu'on va avoir un responsable dans toutes les installations, de s'assurer que ce responsable-là, il est tout le temps disponible lorsqu'il y a une plainte de ce genre d'urgence là?

• (14 h 30) •

M. Brunet (Paul G.) : Absolument. Ça va déjà faire une bonne amélioration.

M. Dubé : Ça fait que...

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. le ministre.

M. Dubé : OK. Bien, excusez-moi.

Le Président (M. Provençal) : Alors, nous en sommes maintenant avec un échange avec la députée de Mont-Royal—Outremont. À vous la parole, madame.

Mme Setlakwe : Bonjour à vous trois. Je vous avais entendus dans le cadre des consultations sur le PL n° 3. Ça me fait plaisir de vous revoir. Moi, j'arrive un peu à froid dans ce dossier-là, mais ça me permet peut-être de poser des questions un peu plus en hauteur ou identifier des éléments où j'interprète qu'il y a des choses à améliorer.

J'aimerais qu'on parle... vous en avez parlé un peu au début de votre intervention, des maladies rares, des médicaments d'exception. Mais peut-être, juste avant d'aller là, peut-être pour clore ou... parce que je n'ai pas senti qu'il y avait... je ne retiens pas de conclusion au niveau de tous ces comités puis votre crainte que l'utilisateur, il y ait une érosion, là, au niveau de sa voix puis de la participation citoyenne. Moi, j'entends, là, différentes... différents termes, là, des conseils d'établissement, des comités de gestion de risques, conseils d'administration, comités d'utilisateurs et de résidents, tout ça. Est-ce qu'il y a... c'est un genre de rebrassage où on est en train d'appeler les choses différemment, mais que ça ne changera pas grand-chose. Est-ce que c'est un peu ça votre crainte?

M. Brunet (Paul G.) : Pierre, veux-tu y aller?

Mme Setlakwe : Oui, allez-y.

M. Hurteau (Pierre) : Bien, tout à fait, notre crainte, là, c'est que... Bon, d'abord, on demande clairement que le nombre de comités soit maintenu parce que c'est important qu'il y ait des comités là où les choses se passent. Donc, ça, c'est essentiel. Et deuxièmement, là, j'ai perdu un peu le sens de votre question.

Mme Setlakwe : Bien, ma question, c'est que, finalement, après votre... vous avez fait des interventions, vous avez mentionné des inquiétudes, là, il y a eu un échange avec le ministre. Mais, à la fin, moi, je regarde ça un peu de loin puis j'ai l'impression que vous êtes inquiets, puis on a comme rebrassé les affaires, qu'on fait des changements au niveau de la structure, mais que ça n'apportera pas grand-chose en termes de meilleure voix pour les citoyens et une meilleure structure pour prendre le pouls de ce qui se passe sur le terrain, dans les établissements.

M. Hurteau (Pierre) : Bien, il y a des choses différentes, là, qui sont dans le projet actuel. Actuellement, selon la loi, les comités de vigilance, il y a quelqu'un du comité des usagers qui est là, dans les conseils d'administration, il y a quelqu'un du comité des usagers qui est là. Maintenant, dans le projet actuel, on parle plus souvent d'utilisateurs, comme l'a dit ma collègue, sans définir c'est qui, ce monde-là. Nous, on veut s'assurer que dans tous ces comités-là il y ait des représentants des comités des usagers et des comités de résidents, parce que ce sont des gens qui sont mandatés par leurs pairs pour représenter et défendre leurs intérêts collectifs. Ce n'est pas des gens qui sont là et qui siègent là à titre individuel parce qu'ils se font soigner à l'hôpital ou parce qu'ils sont membres de... ils sont dans un centre de longue durée. Je ne sais pas si vous me comprenez bien.

Mme Setlakwe : Oui, oui, vous apportez une précision, puis c'est peut-être quelque chose... j'ai... peut-être que, dans le fond, vous parlez le même langage que le ministre, mais il y a une précision qui doit être apportée pour rencontrer l'objectif.

M. Hurteau (Pierre) : Absolument, absolument, c'est ce qu'on pense, là.

M. Dubé : ...préciser, là, si c'est ça... excusez-moi, je ne suis pas supposé...

Le Président (M. Provençal) : Non.

M. Dubé : ...pas supposé d'intervenir, mais je me sentais interpellé, là, pardon.

Le Président (M. Provençal) : Mais c'est important de laisser le temps de question.

Mme Setlakwe : Ah! mais moi, ça me convenait, là, il n'y a pas de souci.

Le Président (M. Provençal) : Merci, madame.

Mme Setlakwe : Allons-y sur la question, vous avez parlé des articles 334 et suivants, la question de s'assurer que les bons médicaments soient fournis à des patients qui souffrent de maladies rares, donc on parle des médicaments d'exception. Là, j'en fais une lecture rapide, là, mais je vais vous laisser... on veut vous entendre élaborer là-dessus : L'établissement ne pourra pas fournir... ou pourra fournir que les médicaments qui ont reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral pour les indications thérapeutiques reconnues par l'INESSS. On aimerait vous entendre. Qu'est-ce qui vous préoccupe? Puis peut-être... j'ai aussi compris que votre analyse n'est pas complétée, et vous allez peut-être revenir avec des précisions, mais allez-y, là, on sentait que c'était quelque chose qui était inquiétant pour vous.

M. Brunet (Paul G.) : Bien, ce qu'on lit sur ces articles de loi là qui sont proposés dans le projet de loi n° 15, c'est le concept de nécessité particulière dans les hôpitaux. Et là c'est comme... Et je ne suis pas un expert en la matière, mais ce dont je veux m'assurer, parce que c'est ça qui nous importe le plus, que les patients avec des maladies rares qui ont besoin d'un traitement particulier ne soient pas empêchés de le recevoir parce qu'il y a un autre forum qui sera décisionnel sur une prescription de médecin. On veut de moins en moins que le médecin soit empêché de prescrire et d'offrir le traitement pour une maladie rare quand il faudra, selon l'actuelle version du projet de loi n° 15, que l'INESSS donne son aval. On a déjà une approbation au fédéral, on a déjà des discussions et des approbations à la RAMQ, je souhaite que l'INESSS ne soit pas impliqué pour assurer que les patients d'exception... les patients avec des maladies rares soient traités et reçoivent les meilleurs soins possible malgré la rareté de leur maladie.

Mme Setlakwe : Il me semble que ça va de soi puis qu'on ne veut pas faire un... on ne veut pas qu'il y ait un recul à ce niveau-là.

M. Brunet (Paul G.) : Bien, écoutez, malheureusement, à moins que l'on comprenne mal le projet de loi, c'est notre interprétation de ces articles-là.

Mme Setlakwe : Qu'il y aurait un recul pour ces patients-là, où là vous avez... vous avez levé un drapeau, là, il y a un point d'interrogation.

M. Brunet (Paul G.) : Oui.

Mme Setlakwe : Vous... (panne de son) ...que les choses bloquent puis qu'ultimement les patients n'obtiennent pas les médicaments.

M. Brunet (Paul G.) : C'est ma compréhension du projet de loi actuel, oui.

Mme Setlakwe : On va s'assurer de revenir à la charge et de proposer...

Le Président (M. Provençal) : M. Brunet, est-ce que vous pourriez répéter les articles, s'il vous plaît, là, que vous... dont vous faites référence? Parce que j'ai oublié de les noter.

M. Brunet (Paul G.) : ...et suivants.

Le Président (M. Provençal) : 334 et suivants?

M. Brunet (Paul G.) : Oui.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Je m'excuse. Alors, vous pouvez continuer.

Mme Setlakwe : Oui, je peux...

Le Président (M. Provençal) : J'avais arrêté le temps pour être sûr de ne pas... que vous ayez tout votre temps.

Mme Setlakwe : Moi, il me reste combien de temps, d'ailleurs? Moi, je ne vois pas ici, dans cette salle...

Le Président (M. Provençal) : Il vous reste 1 min 45 s.

Mme Setlakwe : 1 min 45 s. Ah! c'est rapide. De façon très générale, puis je pense que tout le monde ici, dans la salle, là, c'est ce qu'on veut, on veut voir des améliorations, une meilleure efficacité de notre système de santé. Je l'ai dit hier d'entrée de jeu, là, les délais, l'accès à un médecin, à des professionnels, vous en avez fait une liste tout à l'heure, évidemment, un accès rapide en santé mentale, soins à domicile, les chirurgies, je pourrais continuer, là, je pense, tout le monde comprend le sens de mon intervention. Et là vous avez dit : On pourra dire que c'est un succès quand on verra des améliorations sur ces volets-là, évidemment. Quel est votre degré d'optimisme, là, vis-à-vis la réforme, généralement? J'aimerais ça vous entendre, généralement, sur : Voyez-vous quelque chose de bon et pensez-vous que ça va se traduire en résultats positifs... un laps de temps raisonnable?

M. Brunet (Paul G.) : Il faut être optimiste. On était là en 1991. On l'a été lors du projet de loi de M. Barrette. Ce que j'essaie de dire ou ce que nous essayons de dire, c'est que ce sera un succès quand on verra une amélioration claire, nette d'ici deux ans. Si on continue à faire augmenter les listes, malheureusement, et avec tout le respect qu'on doit au ministre, ce projet de loi aura été un échec.

Mais méfions-nous de la proposition de la formation d'un comité national des usagers. On ne peut pas à la fois vouloir que les comités d'usagers et les comités de résidents aient une voix, laquelle voix serait surveillée, c'est ce que l'article 69 dit : On va vous surveiller. On peut-tu enlever la fonction de surveillance auprès des comités dont l'autonomie est déjà hypothéquée jusqu'à un certain point dans le système actuel?

Mme Setlakwe : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Alors, nous sommes maintenant rendus à l'échange avec le député de Rosemont.

M. Marissal : Pardon. Oui, bonjour, M. Brunet, M. Hurteau, Mme Desmarais. Rebonjour, je devrais dire, on se voit souvent ces temps-ci, pour mon plus grand plaisir. J'ai bien lu vos commentaires, M. Brunet, récemment dans des articles concernant, justement, la possible disparition de certains comités d'usagers. Je m'en suis même inspiré, je vous en remercie, pour poser une question au ministre hier au salon bleu. Le ministre m'a répondu, puis j'espère bien le citer ici, là, qu'on aurait des bonnes discussions aujourd'hui. Je crois comprendre qu'il souhaitait vous rassurer. L'êtes-vous?

• (14 h 40) •

M. Brunet (Paul G.) : Sur... Bien là, il a pris note qu'on pense que les comités sont importants. C'est la voix citoyenne, mais il faut qu'elle ait une... il fallait qu'elle... il faut qu'elle ait une portée, cette voix-là. Si elle est surveillée par le grand comité national qui va décider que tel comité ne fait pas sa job, parce que, dans le projet de loi actuel, on peut surveiller son travail, bien là voulez-vous faire taire les comités ou vous voulez qu'ils parlent? Si vous voulez qu'ils parlent, enlevez la fonction de surveillance à ce grand comité là.

Mais, encore là, questionnons-nous. Quel est le but de la création d'un comité national? Qu'est-ce qu'il va savoir, lui, ce comité-là, par rapport aux gens qui travaillent sur le terrain? Et c'est à cause des gens sur le terrain, à qui on parle régulièrement, que l'on sait de quoi on parle. J'ai déjà dit que, si vous cherchez un comité pour vous aviser sur ce qui se passe vraiment, sans politique, bien, c'est au Conseil pour la protection des malades que vous devriez confier le mandat.

M. Marissal : Mais je n'ai pas entendu le ministre dire qu'il allait abolir le comité national, là, ou, en tout cas, on n'a pas d'amendement à ce jour là-dessus, là, évidemment, là, ça fait que je pense que votre problème reste entier, là. Et j'ai entendu le ministre dire tout à l'heure : Je veux faire remonter les plaintes le plus vite possible vers le haut. Vers le haut, je présume, c'est le national. Moi, ça ne m'apparaît pas pleinement efficace, là, dans... au maximum, mais je veux vous entendre là-dessus.

M. Brunet (Paul G.) : Bien non, il y a une plainte qui est logée sur une unité auprès du commissaire aux plaintes, traitons-la là, maintenant, puis dans les rapports qui sont faits par les commissaires et le regroupement des commissaires, éventuellement, on va les avoir sur un plan national. Mais la plainte... (panne de son) ...traitée maintenant, dans les 15 jours, quand il ne s'agit pas, comme on le propose, quand il ne s'agit pas d'actes cliniques qui sont en cause, traitons-les maintenant. Si vous faites monter ça en haut, pensez-vous vraiment que ça va être plus efficace?

M. Marissal : ...là, pour que ce soit dit, là, dans le jargon, là, une installation, c'est l'hôpital, ou le CLSC, ou... Non, juste pour le bénéfice des gens qui nous écoutent, parce que le jargon n'est pas clair, là. Un établissement, là, par exemple, c'est un CIUSSS. Moi, chez nous, là, le CIUSSS de l'Est-de-Montréal, je pense qu'il y a 34 installations dans un établissement. Je voulais juste profiter de mes 20 dernières secondes pour préciser ça pour les gens qui nous suivent, parce que ça peut être un peu mêlant, là. Pour moi, une installation, ça peut être plutôt un gros truc. Enfin, bref, je voulais juste préciser. Je n'ai plus de temps. Je vous remercie.

Le Président (M. Provençal) : Merci, monsieur. Alors, député des Îles-de-la-Madeleine, vous prenez la suite.

M. Arseneau : Oui. Bonjour, madame messieurs. On a beaucoup parlé des plaintes, mais je suppose que votre préoccupation, comme la mienne, c'est d'éviter qu'on en vienne à déposer des plaintes, que les services répondent

aux besoins et qu'on puisse, justement, avoir un point de vue des usagers comme du reste de la communauté desservie par les établissements et les installations. Et je sais que vous ne voulez pas vous faire surveiller, mais hier il y a un dénommé Me Michel Clair qui a proposé qu'on fasse un conseil de surveillance et d'alliance communautaire qui serait essentiellement établi pour remplacer les conseils d'administration qui disparaissent et qui pourrait justement être constitué à l'échelle territoriale pour apporter un point de vue et exercer une influence sur les services auxquels les citoyens sont en droit de s'attendre, avec plusieurs représentants.

Je ne sais pas si vous avez pris connaissance de cette proposition-là, mais est-ce que c'est le genre d'instance qui nous manque dans la réforme pour s'assurer qu'on entende véritablement le point de vue des usagers et des citoyens desservis?

M. Brunet (Paul G.) : Qu'on décide de surveiller l'administration qui sera faite par Santé Québec, j'en suis, OK? Mais là on va surveiller des comités de bénévoles qui roulent à peu près à 5 000 \$, 6 000 \$ par année de budget. «Come on!» Soyons un peu sérieux.

Mais la meilleure garantie que le ministre pourrait nous donner sur son projet de loi, c'est d'abroger l'article 14 pour qu'enfin ce ne soient plus des promesses avec des limites, mais que, désormais, on ait des droits d'être soignés, de recevoir des soins, comme le projet de loi et comme le ministre lui-même souhaiterait qu'il en soit ainsi à l'avenir et non plus nous ramener la limite de l'article... l'ancien article 13 de la loi actuelle.

M. Arseneau : Oui, on a bien compris votre message. Mais est-ce que vous pensez qu'il devrait y avoir une instance locale pour pouvoir, justement, jaser avec les gestionnaires du réseau, ce sont des gestionnaires de proximité, qu'ils entendent le point de vue des gens de proximité, des gens qu'ils desservent pour améliorer le service?

M. Brunet (Paul G.) : Les comités de résidents sont les mieux placés, en CHSLD du moins. Ginette, vous vouliez dire quelque chose, vous aussi.

Mme Desmarais (Ginette) : Oui. Je reviens au comité national des usagers, là, si on parle de surveillance, est-ce qu'on pourrait demander au ministre qu'il surveille le fait de garantir à chaque comité de résidents, chaque comité d'usagers sa complète autonomie et le libre exercice de son mandat? Ce serait déjà une belle surveillance à faire, ça.

M. Arseneau : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Alors, Mme la députée de Vaudreuil.

Mme Nichols : Merci, M. le Président. Question bien simple, là, juste pour être certaine de comprendre : Pour vous, le comité des usagers, c'est pour chaque immeuble ou c'est pour qu'est-ce qui deviendra un CISSS dans le projet de loi n° 15?

M. Brunet (Paul G.) : En fait, le comité d'usagers, ce qu'on a compris, c'est qu'il y en aurait un pour chaque établissement territorial, actuellement, des CISSS ou des CIUSSS. Ça, là, si vous faites juste ça, vous coupez des dizaines, mon collègue disait peut-être même des centaines de comités. Prenez juste ici, là, sur l'île de Montréal, on a un comité d'usagers dans un CIUSSS ou un CISSS, ce comité-là peut s'occuper de six, 10 installations. Si vous coupez et ne rendez qu'un seul comité d'usagers par CIUSSS et que vous empêchez d'autres établissements d'avoir des comités d'usagers, il va manquer de personnes-ressources pour opérer et oeuvrer auprès des comités. Ces comités-là sont déjà accablés par le travail qu'on leur impose. Si vous ajoutez des établissements, des CLSC, d'autres hôpitaux spécialisés au travail des personnes-ressources, il va manquer de personnes-ressources, ça va prendre plus de personnes-ressources et beaucoup plus de budget. Si vous voulez la voix citoyenne locale, M. le ministre, il faut s'assurer que ces gens-là aient les outils pour le faire et que la voix porte et qu'elle ne soit pas surveillée, s'il vous plaît.

M. Hurteau (Pierre) : Est-ce que j'ai le temps d'ajouter quelque chose?

Le Président (M. Provençal) : Oui.

Mme Nichols : Quelques secondes.

M. Hurteau (Pierre) : Juste donner un exemple. Avec le projet de loi, par exemple, le comité des usagers, qui fait un excellent travail à l'institut de santé mentale de Montréal, va disparaître, le comité des usagers de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont va disparaître, le Jewish General va disparaître, l'Hôpital St. Mary's, tous les CLSC, les centres jeunesse. C'est pour ça qu'on parle probablement de centaines et on implore le ministre de préserver cet acquis-là au nom de la participation citoyenne.

Mme Nichols : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup de votre participation, de votre contribution et de votre disponibilité à nos travaux.

Sur ce, nous suspendons quelques minutes les travaux pour pouvoir permettre au prochain groupe de prendre place. Merci.

(Suspension de la séance à 14 h 47)

(Reprise à 14 h 50)

Le Président (M. Provençal) : Nos travaux se poursuivent. Nous recevons maintenant Mme Sylvie Tremblay, directrice générale, et M. Pierre Hamel, président pour le Regroupement provincial des comités des usagers.

Alors, je vous donne 10 minutes pour votre présentation, et, par la suite, on va initier les échanges avec les parlementaires. À vous la parole.

Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

M. Hamel (Pierre) : Alors, je vais laisser la parole à Mme Tremblay pour exposer notre rapport.

Mme Tremblay (Sylvie) : Bonjour, M. le Président, messieurs dames. Fondé en 2004, le Regroupement provincial des comités d'usagers du réseau de la santé et des services sociaux défend les droits des usagers et représente plus de 540 comités d'usagers et de résidents dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec, qu'ils soient publics, privés, conventionnés ou autofinancés.

Qu'est-ce qu'un usager? Les usagers, ce ne sont pas que des personnes malades, ce sont toutes les personnes qui, à un moment de leur vie, utilisent les services de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, et le RPCU les représente.

Les fonctions légales des comités sont définies par les articles 209, 210, 211 et 212 de la loi de la santé et des services sociaux. Le mandat des comités d'usagers et de résidents est d'être le gardien des droits des usagers.

Le RPCU vous remercie de l'opportunité de représenter les comités d'usagers et de résidents à la commission. Cette présentation permettra de tenir compte d'abord et avant tout des personnes usagères, de leurs besoins, au respect de leurs droits et en particulier ceux reconnus par la loi. Est-ce que les usagers sont au cœur de ce virage? Rendre efficace l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux veut dire aussi se centrer sur les besoins des usagers en fonction de leur état de santé dans le sens le plus large du terme.

Nous présentons donc un document afin d'amener des suggestions, des réflexions pour porter les préoccupations des usagers auprès des membres de la commission. Nos propos se concentrent cependant au niveau des droits des usagers, des comités résidents et des comités d'usagers, du régime de plaintes et des modifications apportées plus largement en ces matières. L'usager est-il servi ou desservi par ce projet de loi? Nous tenterons d'y répondre.

Un axe majeur de cette réforme est de permettre à l'usager, qu'importe son lieu de résidence au Québec, d'avoir un accès aux services et aux soins que requiert son état. L'accès aux services de santé et de services sociaux est un droit, qu'importe le code postal ou la région.

Nous saluons cette prise de position à ce sujet, mais nous sommes préoccupés et resterons vigilants face à la grande difficulté des usagers d'avoir accès aux services, des listes d'attente abyssales pour certains soins et services sociaux, l'apport grandissant des proches au détriment de la prise en charge du réseau.

Il faut que la nouvelle structure ne répète pas les erreurs du passé, mais qu'elle permette de déléguer au niveau local une véritable prise de décision. Il faut donc que la première ligne puisse être l'accès privilégié sur le territoire et localement.

La gestion de proximité, est-ce assez? Le projet de loi est souvent décrit à ce sujet comme une avancée en ce qui a trait à l'ajout de gestionnaires dans l'ensemble des installations dans la foulée de cette pratique dans les CHSLD, et ce, depuis la pandémie. Cependant, nous disons : La gestion de proximité n'est qu'un... n'est qu'un aspect, pardon, à la notion de proximité. Nous réitérons qu'il faut revenir aux soins et aux services les plus décentralisés possible. Les services de maintien à domicile en particulier devraient être une priorité absolue, et des investissements conséquents ajoutés.

Au niveau des plaintes et de la qualité des services, le RPCU ne peut que souscrire à la volonté du législateur d'assurer une procédure d'examen de plaintes uniformisée pour tous les commissaires aux plaintes et de qualité en favorisant ainsi le respect des droits des usagers, l'harmonisation des pratiques dans l'ensemble des établissements. Trop souvent, et ce, dans plusieurs établissements, les comités d'usagers et de résidents ne sont pas reconnus comme partenaires à l'amélioration de qualité des services. Dans certains établissements, même, on ne reconnaît pas que les membres de ces comités puissent accompagner, assister l'usager lors de procédures de plaintes. Il faut cesser cette culture de silos.

Nous ajoutons que la vision... pour que la vision... pour que les commissaires aux plaintes... d'une plus grande indépendance et de leurs fonctions permettra, nous l'espérons, une prise en charge optimale des plaintes et des insatisfactions dans les établissements. Le régime de plaintes souffre. On nous dit souvent : À quoi sert de porter plainte? Dans l'intérêt des usagers, il faut renverser cette tendance.

Le RPCU considère que recadrer la vision... suggère de recadrer la vision, dans projet de loi, du rôle et les fonctions des comités. D'abord, au niveau du rôle d'évaluation du degré de satisfaction, nous posons la question suivante : Pour les clientèles vulnérables qui ont des lacunes importantes en littératie, par exemple, comment vont-elles faire valoir le droit de s'exprimer? Les sondages de satisfaction ne sont pas la réponse unique à l'amélioration continue

des services. Le RPCU est prêt à travailler avec vous pour ajuster les mécanismes de satisfaction pour que tous les usagers du réseau puissent avoir une vraie opportunité de donner leur opinion, et ce, de la clientèle jeunesse aux personnes de grand âge.

Les comités d'usagers et de résidents doivent être maintenus pour l'ensemble de leur mission et pour l'ensemble du territoire québécois pour tous les parents qui ont besoin d'être accompagnés en jeunesse, pour tous les proches qui ont besoin d'être assistés pour des services, pour un usager adulte qui a un handicap intellectuel, pour les personnes âgées qui sont chez elles et qui n'ont pas accès à des services en fonction de leurs besoins évolutifs, en fonction aussi des nouvelles dispositions du projet de loi. En regard des RPA, RI et RTF, faut-il le mentionner, aucune visite d'évaluation de ces milieux de vie n'est faite au même titre que dans les CHSLD par le ministère depuis des années.

Voici donc l'ensemble des missions à reconnaître et maintenir au niveau des comités d'usagers et de résidents, et je les nomme : jeunesse, déficience physique, déficience intellectuelle et spectre de l'autisme, santé mentale, dépendances, hébergement, hôpitaux généraux, hôpitaux universitaires, services communautaires locaux, nos anciens CLSC.

Nous voulons aussi vous sensibiliser au fait qu'il y a une iniquité dans certaines régions du Québec pour les comités d'usagers et de résidents pour qu'ils puissent réellement exercer leurs fonctions et leurs missions. Nous devons encore maintenant dire à certaines directions que les comités d'usagers doivent avoir un local distinctif et facilement accessible, pour d'autres, qu'on ne peut refuser qu'un comité d'usagers se mette en place.

Au niveau de la gouvernance, le RPCU vous offre son entière collaboration afin de vous proposer à la fois une mécanique pour la représentation de ses membres et de permettre les ajustements nécessaires afin que les CU et les CR puissent être le moteur de la transformation par la défense des droits des usagers et l'amélioration des soins et de services, et ce, partout au Québec.

Voici notre humble suggestion, nous vous suggérons qu'au niveau de la gouvernance... que le comité national des usagers devrait plutôt être directement lié au ministère de la Santé et des Services sociaux afin de permettre aux regroupements liés par la loi... aux usagers de pouvoir avoir une voix dans l'élaboration des politiques auprès du ministère, des ministres, ainsi que l'allocation des budgets.

Le comité général des usagers... Santé Québec. Notre humble suggestion serait donc une structure de gouvernance mitoyenne avec une fonction opérationnelle, mais y ajoutant un lien avec le commissaire national aux plaintes au niveau de ses fonctions de plaintes et insatisfactions.

Et enfin, pour les établissements, nous demandons qu'une table des usagers de l'établissement regroupé, encore une humble suggestion, inclue l'ensemble des missions que je vous ai nommées précédemment et soit mise en place... et qu'une préoccupation constante et réelle de représentation pour que, dans chaque territoire, on renforce le travail et la mission des comités.

• (15 heures) •

Nous espérons grandement qu'un comité de transition sera mis en place afin de soutenir ce changement en concertation avec tous les acteurs clés, dont notre regroupement. Nous pourrions ainsi permettre de bien communiquer, informer la stratégie de gestion de changement et des impacts sur les usagers. Nous vous indiquons que ce comité ne peut être formé que de seuls fonctionnaires. Ceci est une question de bon sens que d'y participer.

Le RPCU vous remercie de l'écoute, et nous réitérons que suite, aux échanges avec nos membres, un mémoire plus étoffé sera remis à la commission avant la fin des auditions. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup pour votre présentation. Nous allons initier immédiatement l'échange avec M. le ministre.

M. Dubé : Bonjour, Mme Tremblay et M. Hamel. Je vais profiter de votre présence pour peut-être compléter des choses qui ont été commencées à l'autre présentation, juste pour peut-être mettre les choses en place... pardon. Je résume. Vous avez à peu près 540 comités, c'est ça que vous avez dit tout à l'heure, là, qui se répartissent...

Une voix : ...

M. Dubé : ...bon, puis, tout à l'heure, le CPM, qui était avant vous, à peu près 250 comités, OK? Je ne pense pas que la plupart se regroupent, là, mais vous représentez quand même l'essentiel, pour reprendre l'expression du député de Rosemont, des installations au Québec, que ce soient des CHSLD, des comités de résidents.

L'intention du projet de loi n° 15 par rapport aux comités des usagers, puis je vais commencer par ça, ce n'est pas d'éliminer des comités des usagers. Parce que je veux juste parler de financement. Parce que tantôt j'ai posé la même question à M. Brunet, j'ai dit : Des fois, on me dit que vous avez de la misère à avoir des membres dans vos comités, puis, la façon dont se financent vos différents comités, hein, vous recevez une subvention pour le RPCU, mais après ça vous recevez de l'argent, on va dire 5 000 \$ ou 6 000 \$ par différents comités. Alors, je veux juste rassurer la population, on n'est pas dans un exercice ici pour enlever de l'argent aux comités. Je veux juste... je veux juste être clair là-dessus.

Deuxièmement, dans le projet de loi n° 15, on veut être très clair aussi, c'est que, s'il est jugé à propos par le comité des usagers, au niveau de l'établissement, de faire des sous-comités soit par missions soit par, disons, établissements ou par installations, on va les faire. Et l'objectif, je le répète, si, à la fin, on a encore 540 comités, qui s'appelleraient peut-être des sous-comités, mais... et qu'on aurait 250 sous-comités avec le CPM, tout le monde va être heureux, là. Alors, je veux juste qu'on se comprenne bien que l'objectif... Puis je voudrais vous entendre là-dessus parce que je ne voudrais pas qu'il soit véhiculé qu'on est en train de vouloir enlever un lien. Premièrement.

Puis, deuxièmement, moi, ce qui me surprend un peu, puis c'est pour ça que je veux vous entendre... Parce que ce que j'ai compris, souvent, c'est que les plaintes, puis vous n'êtes pas là juste pour faire des plaintes, mais c'est un de vos objectifs, c'est que ces plaintes-là n'arrêtent pas à l'établissement, mais se rendent jusqu'à la haute direction, parce que... Il s'est traité combien de plaintes l'an dernier? 25 000 plaintes. Ce n'est quand même pas rien, là. Puis, de ça, là, il y a à peu près 15 000 plaintes qui ont eu des correctifs. Donc, moi, ce que je pense, c'est que, si on veut s'assurer qu'on améliore notre réseau, ce n'est pas juste au niveau local qu'il faut s'améliorer. Puis je ne dis pas qu'on ne s'est pas amélioré au niveau local, mais il faut que ça monte pour être sûr que les améliorations, elles sont faites.

Ça fait que je voudrais vous entendre sur ces deux sujets-là. C'est de valeur, parce qu'on a manqué de temps, tantôt, avec M. Brunet, là, puis je sais que vous travailliez bien ensemble. Mais dites-moi une chose, est-ce que vous, selon vous, si les budgets continuent d'être là... Puis l'intention, ce n'est pas de les enlever, au contraire, je l'ai dit à M. Brunet, là, on n'est pas dans un exercice pour couper des budgets, ce n'est pas ça, l'objectif de PL n° 15. Vous, est-ce qu'à la lumière de ce que vous voyez dans le projet de loi vous seriez à former des sous-comités pour être sûr qu'on respecte le principe d'en avoir un dans chacune des installations, soit par missions ou soit par installations? C'est quoi, votre réponse à ça, Mme Tremblay?

Mme Tremblay (Sylvie) : ...

M. Dubé : Votre micro... Je ne vous entends pas, là.

Mme Tremblay (Sylvie) : Pourtant, il est... Je vous répondrai très franchement. Est-ce que vous m'entendez mieux?

M. Dubé : On vous entend, là, je pense.

Mme Tremblay (Sylvie) : Alors, l'idée étant, à la lecture et aux discussions que nous avons eues : il y a les comités de résidents qui resteraient intacts. Donc, il y en a à peu près 300. Puis on reviendra sur les budgets, mais aussi la vision...

M. Dubé : 300 des 540, là, pour qu'on se comprenne.

Mme Tremblay (Sylvie) : Il y a 700... au Québec, il y a 700 comités d'usagers, grosso modo, et résidents.

M. Dubé : 500 puis 200, là. OK, c'est beau.

Mme Tremblay (Sylvie) : Alors, pas tout à fait. Alors, il y en a 700 en tout.

M. Dubé : En tout, c'est ça.

Mme Tremblay (Sylvie) : Il y en a qui sont membres chez nous, autour de 540, il y en a qui sont aux deux, qui sont avec le CPM et nous.

M. Dubé : Et voilà.

Mme Tremblay (Sylvie) : Et donc ce qui fait qu'on est quand même 700, et, bon an mal an, il y en a aux deux. Puis, bon, on ne fera pas de la sémantique, mais nous, on a 540 membres, puis... Bon, alors, voilà, c'est un peu la façon de faire.

Dans la structure, il y a à peu près, bon an mal an, 300 comités de résidents partout au Québec et qui ont eu du mal à continuer dans le contexte de la COVID, vous comprendrez. Parce qu'à la COVID les gens... Dans certains comités, il y en a qui ont décédé, hein, vous comprendrez ça, les proches aidants ne pouvaient pas y aller. Et donc il y a du travail à... On va se questionner sur ça puis on veut être avec vous, puis je vous expliquerai pourquoi après. Et, autour de ça, il y a les missions, les missions plus élargies dont je vous parlais tantôt, beaucoup de missions en service social et anciens CLSC.

Donc, dans votre structure, on laisse les comités de résidents intacts dans la vision. Et là on regarde un peu par installations, au niveau des autres clientèles sociales, à diminuer un peu et faire des sous-comités. Ce qu'on vous dit, là, c'est qu'avec la COVID il s'est passé bien, bien des choses au niveau des comités d'usagers et de résidents, et nous, on voit au quotidien qu'il faut un peu revoir la structure. Ce n'est pas d'en diminuer ou d'en augmenter, c'est de le regarder ensemble pour que nous, on vous donne l'heure juste, ce sur quoi il faut travailler.

Par exemple, dans les comités de résidents, vous parlez de trois ou cinq personnes. Moi, je vous dis qu'il y a des proches aidants qui aimeraient bien s'impliquer davantage, des bénévoles, des bénévoles bienveillants qui pourraient s'essayer à travailler. Donc, ce qu'on vous dit : On peut-tu prendre le temps de regarder à la fois la représentation et à la fois la vision pour qu'ensuite, ensemble, on dise : Ce n'est pas quatre, ce n'est pas 12, ce n'est pas 50 comités, mais une vision d'ensemble sur la chose?

M. Dubé : J'aime beaucoup ce que vous dites. Est ce que je peux vous interrompre juste pour...

Mme Tremblay (Sylvie) : Bien sûr.

M. Dubé : Hier, lorsqu'on était avec la Commissaire à la santé, Mme Castonguay, que vous connaissez, elle a... elle nous a demandé si ça faisait partie de nos plans d'avoir un plan de transition, hein? Parce que supposons qu'on... peu importe quand est-ce qu'on va avoir fini le projet de loi, on va avoir un plan de transition qu'on va préparer. Est-ce que vous accepteriez d'être dans ce plan de transition là? Parce que ce qu'on veut, c'est être capable, justement, de bien planifier, puis si, à la fin, soit par règlement... ou c'est quatre ou cinq membres par comité, moi j'ai vraiment beaucoup d'ouverture là-dessus. Mais ce que j'entends que vous demandez aujourd'hui, c'est de vous assurer que vous seriez sur le plan de transition, en tant que comité des usagers, parce qu'effectivement, moi, c'est ça que j'ai entendu beaucoup, c'est que peut-être que d'avoir 700 comités aujourd'hui, ce n'est peut-être pas optimal. Et vous êtes d'accord avec ça, là?

Mme Tremblay (Sylvie) : C'est à regarder ensemble.

M. Dubé : Oups! Votre son a coupé encore, Mme Tremblay.

Mme Tremblay (Sylvie) : Je suis désolée. Je pense qu'il faut le regarder ensemble. C'est important de le regarder ensemble, avec l'état de ce qu'on a présentement.

M. Dubé : OK. J'ai eu la chance, tantôt, de poser, puis excusez-moi si j'ai l'air de reposer les mêmes questions, là, mais toute la question de la présence... Vous représentez quand même 500 comités, là, donc j'en profite, là. Mais le commentaire que j'ai demandé, c'est la présence des médecins dans nos RPA ou dans nos CHSLD. J'aimerais ça vous entendre là-dessus, s'il vous plaît.

Mme Tremblay (Sylvie) : Pierre?

M. Hamel (Pierre) : Vas-y. Vas-y, Sylvie.

Mme Tremblay (Sylvie) : M. le ministre, c'est essentiel, c'est essentiel... Est-ce que vous m'entendez?

M. Dubé : Oui, oui.

• (15 h 10) •

Mme Tremblay (Sylvie) : D'accord. Alors, c'est essentiel que les médecins de famille reprennent un peu de tâches au niveau des RPA, des RI-RTF. Nous, on repart, là, les visites d'évaluation dans les CHSLD. On avait demandé de pouvoir en faire, c'est ce qu'on vous dit un peu dans notre présentation, de pouvoir aussi avoir de l'évaluation dans les ressources intermédiaires et dans les RPA. Il y a des gens qui ont maintenant, par achat de places... vont dans les RPA pour des milieux évolutifs. C'est impératif que les médecins puissent... puissent y aller. Et puis c'est une prise en charge de médecin de famille. On trouve ça très, très important, même pour les médecins spécialistes, de pouvoir... de pouvoir avoir droit au chapitre. Et, au-delà...

M. Dubé : Mais comment ça peut s'appliquer? Parce que je pense qu'on peut revenir à des formules qui étaient là, en place, au niveau des médecins de famille, il y en a même qui avaient une présence, j'en ai parlé, je pense, c'est hier, là, soit quotidienne ou mensuelle. Mais qu'est-ce qu'il en est des spécialistes? Je suis un peu surpris quand j'entends ça. Mais c'est-tu par les rendez-vous? C'est quoi, le...

Mme Tremblay (Sylvie) : Bien, à partir du moment où la personne... la personne est en perte d'autonomie, qu'elle est en maintien à domicile, elle veut aller dans un... elle va à l'hôpital, on l'évalue, et là elle attend, et là, quelque part, elle voit un médecin, elle voit un médecin généraliste, elle voit aussi un médecin spécialiste, et là elle retourne, pour toutes les raisons du monde, soit en RPA en milieu évolutif ou dans un CHSLD, le lien qu'elle a eu avec les médecins... il faut qu'elle les garde, là. Alors, c'est ça, l'idée.

M. Dubé : OK. Ça va. Je suis toujours correct?

Le Président (M. Provençal) : ...

M. Dubé : OK. Puis peut-être que j'ai un ou une collègue, là, qui veut... Tantôt, quand on parlait de missions, ce serait ma dernière question ou sous-question, est-ce que vous avez des comités, en ce moment, par missions, qui traitent des soins à domicile? Parce que, dans le virage soins à domicile, est-ce qu'on devrait pousser ça un peu plus? Parce que nos aînés veulent être traités à domicile, puis on parle souvent des comités des usagers, à l'hôpital ou au CHSLD, mais parlez-moi un peu des soins à domicile. Comment cette mission-là pourrait être mieux traitée?

Mme Tremblay (Sylvie) : Dans le contexte des missions, les missions locales, donc missions CLSC, sont les missions appropriées. Et, quand on a, nous, des rencontres avec la mission CLSC — on l'appelle «mission locale» — il y a des gens en maintien à domicile, et c'est là où on regroupe nos membres. Et éventuellement, nous l'espérons, ce sera cette mission-là qui pourra aussi faire un regard, ou travailler, ou avoir aussi des comités de résidents et des comités d'usagers dans les RPA et les RI. Alors, c'est par la mission locale communautaire que les gens sont rejoints à ce moment-là.

M. Dubé : Pouvez-vous juste expliquer, là... Puis c'est technique, parce qu'on passe de comités de résidents à comités d'usagers. Les résidents, c'est plus pour les RPA, puis ça, les usagers, c'est plus pour le... Mais juste l'expliquer correctement, là, pour que les gens comprennent bien.

Mme Tremblay (Sylvie) : Le comité de résidents, ça le dit, c'est dans une résidence. Alors, pour les centres jeunesse, il y a des gens hébergés, c'est des comités de résidents. Un CHSLD, c'est un comité de résidents. Donc, c'est des comités où les gens résident, et il y a un nombre de personnes. Les comités d'usagers, c'est ce qui chapeaute les missions plus larges, donc universitaires, dépendances...

M. Dubé : Parfait...

Mme Tremblay (Sylvie) : ...santé mentale, donc c'est... Alors, les résidents et les usagers, c'est plus large.

M. Dubé : Très bien. Je vais laisser mes autres collègues poser des questions.

Le Président (M. Provençal) : ...Laporte.

Mme Poulet : Oui. Bonjour à vous deux. Merci, M. le Président. J'ai une question concernant les plaintes. Il a été mentionné qu'il y a 25 000 plaintes par année, 15 000 qu'il y a eu des correctifs. Les autres participants, tantôt, la dame mentionnait que c'était très lourd au niveau de la bureaucratie, beaucoup de paperasse. Ma question est : Comment on peut assurer un meilleur traitement des plaintes et tout le processus pour s'assurer que ça monte, là, jusqu'en haut et qu'on puisse descendre et apporter un correctif?

M. Hamel (Pierre) : Je vais te laisser aller.

Mme Tremblay (Sylvie) : On est assez contents de voir qu'il y aura un régime de plaintes uniformisé et qu'on va évaluer la satisfaction. Je pense que c'est une avancée, ça, parce que ce qu'on voit au-delà de la bureaucratie d'abord, c'est que, des fois, parce que le commissaire aux plaintes est lié à un conseil d'administration, il ne dira... on entend qu'il ne dira pas toutes les vraies affaires. Alors, que ce soit uniformisé, je trouve que c'est une belle avancée puis que le commissaire national puisse à la fois regarder les plaintes.

Mais, les plaintes, je vous dirais aussi, il y a un axe qu'il faut développer, c'est l'axe macro. Alors, les commissaires aux plaintes vont traiter une personne après l'autre pour une plainte, mais il y a souvent 15, 20 plaintes pour la même chose. Alors, d'avoir, par le commissaire national aux plaintes, une vision macro de l'ensemble des plaintes pour qu'éventuellement les correctifs se fassent directement dans les établissements... Par exemple, dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle, s'il y a 25 parents ou 25 usagers qui disent : Bon, bien, on fait une plainte pour telle chose, puis qu'on répond individuellement à chacun, mais que c'est la même problématique, là, il a une vision macro, il a une vision plus large des insatisfactions. Et, au-delà, de les regarder plus largement, ça va enlever de la paperasse, mais aussi ça va être une piste de satisfaction puis d'amélioration pour l'ensemble des missions. Donc, c'est comme ça qu'il faut simplifier aussi, je crois.

M. Hamel (Pierre) : Moi, je voudrais juste ajouter quelque chose, si vous permettez. Au niveau des plaintes, on parle de 25 000 plaintes, dont 15 000 plaintes qui sont rendues... mais il y a plusieurs plaintes qui ne se rendent pas là. Parce que les membres des comités d'usagers font un travail de terrain qui fait que les personnes sont acheminées aux bons endroits, aux bons moments et aux bonnes personnes, de sorte que le travail des comités d'usagers, dans ce sens-là, est excessivement important. Et la démonstration de ce que vous avez comme plaintes pourrait être beaucoup plus grande si les comités d'usagers, les membres des comités d'usagers n'en feraient pas un travail en amont.

Mme Poulet : OK. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup pour votre réponse. Alors, nous poursuivons cet échange avec Mme la députée de Mont-Royal—Outremont.

Mme Setlakwe : Merci, M. le Président. Merci à vous deux pour votre intervention. Je vous écoutais faire valoir vos besoins... plutôt, les besoins des usagers que vous représentez, puis là, ensuite, il y a eu comme un échange avec M. le ministre. Je ne peux pas m'empêcher de me demander : Est-ce que vous avez été consulté en amont? Puis, tu sais, j'entends M. le ministre, avec respect, dire : Je veux qu'on se comprenne bien, voici l'intention. J'ai l'impression d'assister à un premier échange entre vous, alors que le projet de loi a été déposé. Est-ce que vous avez fait partie de la discussion?

Mme Tremblay (Sylvie) : Je vous dirais que c'est un commentaire éditorial pour l'ensemble des gens qui vont venir vous voir. C'est-à-dire qu'il y a un projet de loi qui est très, très lourd, et puis de le regarder, c'est très volumineux, et puis il faut voir un peu, à chacun, comment on peut le travailler puis comment... on est... on a des intérêts à regarder.

On a été, je vous dirais, sollicités. Mais c'est pour ça qu'on représente, là, cette proposition-là, là, parce que, comme d'autres, je vous dirais ça, puis Pierre pourra compléter aussi, nous, les usagers, on n'est pas dans une

optique de négociation, là. Nous, on ne fait pas de négo, on n'est pas un syndicat, on n'est pas des associations de... et on représente les usagers en totalité, et leurs problématiques, et leurs droits. Et ce qu'on dit, c'est : Pouvons-nous trouver ensemble, dans toute l'ouverture que ça veut dire, une solution, une vision, pas derrière les portes, en négos, là? On dit : Nous, notre monde, ils nous disent : Stabilisez nos missions. On peut regarder ensemble, après la COVID, ce que ça a fait aux comités de résidents et on peut-tu trouver une position ensemble pour que cette réforme-là soit les plus ouvertes et les plus, comme dirait... efficaces possible pour les usagers. C'est tout ce qu'on veut, c'est tout ce qu'on demande. Peut-être que Pierre pourrait ajouter.

• (15 h 20) •

M. Hamel (Pierre) : Bien, vous savez, quand on regarde les grandes théories de changement, les personnes qui sont les plus affectées, ce sont les... souvent les acteurs sont... qui sont oubliés et les proches des décisions qui sont oubliés. Dans notre cadre, on a eu des discussions, maintenant, pas assez grandes à mon goût, pour qu'on amène vraiment notre grain de sel dans l'ensemble des décisions qui ont été prises. Et ça, ce n'est pas, comment je pourrais dire... c'est une constatation que je fais. On n'est pas comme... comme disait Mme Tremblay, on n'est pas, nous, dans un cadre de négociation, on est dans un cadre où on veut faire de la coconstruction, où on veut être... où on veut s'assurer que l'utilisateur, qui est la personne à qui on tient le plus, ait des choses positives dans le cadre de la loi qui est présentée aujourd'hui. Et c'est notre ultime, comment je pourrais dire... notre ultime objectif.

Mme Setlakwe : Mais je pense que tout ça était clair, là, puis vous faites bien de le réitérer. Mais je comprends, ou vous me corrigerez, vous avez fait une étude sommaire, vous allez déposer... vous avez... on a vu vos premières constatations, vos premiers questionnements, vous allez donc soumettre un mémoire plus étoffé. Est-ce que je comprends bien que la structure qui est proposée, bon, vous avez des interrogations, puis il y aura des discussions à suivre, là, vous en avez parlé avec le ministre c'est un pas dans la bonne direction, selon vous, pour... pour bien représenter vos usagers? Il me semble... moi, je n'entends pas que vous êtes contre la structure, vous semblez... Je vais vous laisser élaborer, c'est à vous de répondre.

M. Hamel (Pierre) : C'est à dire que, si... Oui, est-ce que je peux prendre la parole? On avait déposé, déjà, un... une déclaration et au niveau de... au niveau de plusieurs associations qui étaient ensemble. Et, dans cette déclaration-là, on demandait un comité national au niveau... au niveau du ministère pour, exactement, les implications au niveau politique. Donc, il y a des choses qu'on avait demandées qui ont été acceptées.

Maintenant, ce n'est pas pour l'ensemble des problématiques qui sont résolues par la loi, parce qu'au niveau des comités d'utilisateurs on a beaucoup de préoccupations. Hier, justement, on avait un webinaire sur le projet de loi n° 15, on avait presque 100 personnes, là, qui étaient présentes et qui posaient des questions, des personnes qui sont des membres au niveau des comités d'utilisateurs et qui nous posaient des questions sur comment, qu'est-ce qui va se faire, comment...

Donc, quand on fait un changement, il y a toujours des préoccupations. Ces préoccupations-là, on doit les adresser et on doit s'assurer qu'elles sont bien traitées dans l'ensemble pour que le changement se fasse de façon efficace et qu'il y ait les objectifs que ce changement-là avait au début.

Mme Tremblay (Sylvie) : J'ajouterais aussi pour... et, j'ajouterais, dans ce contexte-là, la COVID a fait beaucoup émerger de problématiques au niveau des comités d'utilisateurs. Et on vous dit : Nous, on est sur le terrain, et, à la mouture de l'ancienne structure et la mouture que l'on propose maintenant, ce serait en axe avec la nouvelle organisation. Et on se dit : Prenons le temps de le regarder ensemble. Ce n'est pas une notion de nombre de représentants de... ni de sous-comités ou de sous-comités. Nous, on vous dit : On va vous donner l'heure juste sur ce que les usagers nous disent et comment on peut organiser le système en fonction de la défense, puis des insatisfactions, et des plaintes pour que cette réforme-là passe la quinzaine d'années, que tous les usagers soient satisfaits de... de la formule au niveau de l'accès et de la défense des droits. Le reste, bon, on vous l'a dit, il faut être vigilants sur l'accès et d'autres... d'autres motifs. Mais je pense qu'il y a de la place, là, pour qu'on puisse discuter ensemble, là, de cette structure-là.

M. Hamel (Pierre) : Vous savez, on a... Est-ce que je peux intervenir? Oui ou non ou... Allez-y...

Mme Setlakwe : Bien sûr.

M. Hamel (Pierre) : Vous savez, on a... on a ce qu'on appelle des tables de missions. Table de missions, c'est un processus de consultation qu'on fait avec l'ensemble de toutes les missions en fonction de nos membres. Et on a eu, l'année passée, une tournée complète, on a déposé, d'ailleurs, au gouvernement notre rapport de ces consultations-là qu'on a eues, et on est encore en consultation cette année, en fonction de toutes les missions. Et c'est de là qu'on est très près du terrain et on est... on est en mesure de vous dire s'il y a des insatisfactions, s'il y a des choses qui vont bien. Et on est... on est francs là-dedans : quand il y a des choses qui vont bien, on n'est pas gênés de le dire; par contre, quand il y a des insatisfactions, bien, c'est notre job aussi de vous le dire.

Mme Setlakwe : Merci. Justement, au niveau de la création du comité national des usagers, on a entendu précédemment que le libellé inquiétait, là. Est-ce que vous, vous avez... On comprend que vous n'avez pas terminé votre étude, mais on prévoit, à l'article 69, que le comité national des usagers va exercer les fonctions suivantes, bon :

«Favoriser l'harmonisation des pratiques développées par les [différents] comités des usagers dans l'exercice des fonctions [qui] leur [sont confiées par] la [...] loi», et, deuxièmement, de «veiller à la surveillance de l'exercice des fonctions de ces comités». Ça ne vous agace pas qu'on l'ait... que ça ait été libellé de cette façon-là, que le comité national qui va chapeauter va surveiller les actions des différents comités des usagers? Vous ne voyez pas que ça devrait être plutôt un peu l'inverse, mais... On s'assure que l'information se rende au sommet puis qu'il y ait des... des gestes qui soient posés en conséquence et non pas nécessairement un rôle de surveillance.

Le Président (M. Provençal) : Une réponse rapide, s'il vous plaît, parce que le temps est déjà écoulé, mais, compte tenu que Mme la députée a posé une question, si vous êtes capables de lui donner une réponse très rapidement, s'il vous plaît...

Mme Tremblay (Sylvie) : Donc, ce qu'on... ce qu'on a dit dans notre présentation, c'est qu'on veut travailler sur, à la fois, les rôles et fonctions, la structure et la représentation. Que sera le rôle au niveau du ministère, que sera le rôle du comité à Santé Québec et comment travaillerons-nous dans les établissements, sur les tables, rôles et fonctions, comment on va travailler l'expertise, la défense, que ce soit au ministère, à Santé Québec et dans les établissements, il faut le bâtir ensemble. C'est ce qu'on dit.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Alors, nous allons faire... nous procédons maintenant avec... (panne de son) ...d'échange et le député de Rosemont.

M. Marissal : Merci, M. le Président. Bonjour, Mme Tremblay. Le témoin avant vous, là, M. Brunet, le conseil de protection de malades, disait qu'avec les comités d'usagers le problème n'est pas tant la mobilisation que le sous-financement. Est-ce que vous partagez ce constat?

Mme Tremblay (Sylvie) : ...

M. Hamel (Pierre) : Oui. Écoutez, il y a effectivement un sous-financement et une répartition des budgets qui sont déficientes, oui, effectivement. Et, de cette façon, bien, la représentation des différents membres des comités d'usagers sont aussi déficientes, parce que le cadre budgétaire a une problématique, là, au niveau de l'ensemble des projets qu'on a.

M. Marissal : Bien oui, comme vous semblez avoir l'oreille attentive du ministre, je vous ai fait une passe sur la palette, là, je suis sûr qu'il écoute aussi, en ce moment, la question de financement. C'est par grandeur d'âme que je vous ai posé la question, mais c'est parce que je sais aussi, pour vous connaître, que vous êtes sous-financés, effectivement.

Dites-moi donc, Mme Tremblay, comment... parce que votre idée est bonne, là, comment on ferait, pour les comités d'usagers et de résidents, de faire participer les proches aidants et les bénévoles? J'ai encore une question plus d'ordre légal avec les bénévoles, mais j'ai des questions d'ordre juridique, là, qui me... qui surgissent en tête. Dites-moi rapidement, parce que j'ai presque écoulé mon temps.

Mme Tremblay (Sylvie) : Alors...

M. Marissal : En ouvrant votre micro, s'il vous plaît.

Mme Tremblay (Sylvie) : Je l'ai ouvert, je ne comprends pas pourquoi je...

M. Marissal : Des fois, il faut qu'il se réchauffe, votre micro. Quand vous commencez, c'est bas, puis plus vous parlez, plus c'est... Allez-y, on vous écoute.

Mme Tremblay (Sylvie) : ...changement d'ordinateur. Alors, ce que ça veut dire, c'est qu'avec la COVID et l'observatoire de la proche aide, entre autres, on voit émerger dans les résidences toutes sortes d'alternatives qui seraient, je vous dirais, porteuses pour l'avenir, pour les aînés que nous serons. Donc, au niveau juridique, dans les comités de résidents, on dit : Il faut que ce soient des gens hébergés et des proches aidants pour quelques années.

Nous, on vous dit, puis c'est ce qu'on veut travailler... c'est que, dans les prochaines années, les gens qui sont en hébergement sont de plus en plus fatigués et en évolution, plus difficilement capables d'être en comité de résidents. Peut-on travailler localement ou plus largement dans cette approche pour que les proches aidants puissent continuer, si la personne décède, par exemple, ou des bénévoles bienveillants qui sont... qui s'interrogent, et qui ont envie de travailler dans les résidences, et qui auraient le droit au chapitre de supporter l'activité de défense pour permettre l'ajustement, puis la défense, puis l'aide aux personnes âgées en résidence... Nous, on dit : Pourquoi pas? C'est une nouvelle réforme, alors allons-y, regardons ce qu'on peut faire régionalement, dans les territoires, au niveau des résidences. Tout est ouvert pour le meilleur, c'est ce qu'on dit, et ne pas y aller sur déjà un prérequis de trois, quatre, cinq, 12, 25. Nous, on le sait, qu'est-ce qu'il faut pour certains territoires et pour d'autres, et en particulier dans les résidences.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup.

M. Marissal : ...merci.

• (15 h 30) •

Le Président (M. Provençal) : Oui. Et assurément que M. le ministre a noté votre commentaire. Alors, M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Oui. Merci. Bonjour, Mme Tremblay, M. Hamel. Est-ce que vous avez un point de vue sur la disparition des conseils d'administration et la mise en place de conseils d'établissement?

M. Hamel (Pierre) : Je vais te laisser aller, Sylvie.

M. Arseneau : Réchauffez le micro puis allez-y.

Mme Tremblay (Sylvie) : Bien, si vous ne m'entendez pas... M'entendez-vous, d'abord?

M. Arseneau : Oui.

Mme Tremblay (Sylvie) : Oui. Bon, il est réchauffé. Ça nous a questionnés, je vais le dire comme ça, et c'est une des questions que l'on pose, là, à nos membres pour le mémoire, on est... Dans la dernière mouture, vous vous souviendrez de la dernière réforme, les comités... la présence des comités d'usagers avait beaucoup été restreinte, et ça nous avait beaucoup heurtés, là. À cette étape-ci, ça nous a heurtés encore de voir que, là, il n'y aurait plus de conseils d'administration. Mais on n'en est pas là. Alors, on est dubitatifs, disons, puis on parle à nos membres là-dessus.

Ce qu'on vous dit, par ailleurs, c'est de ne pas perdre de vue que les services de proximité et les services locaux sont hyperimportants et que les délégations, dans toutes ces régions-là, doivent être importantes aussi par territoire, par territoire de MRC, comment on va travailler à améliorer à Parent, à Montréal, partout. Il faut avoir une vision de proximité, puis ça, comment on va l'interpréter puis comment le législateur peut améliorer cette structure-là, bien, on va être là, là.

M. Arseneau : Oui, parce que ça m'amène à la page 6 de votre mémoire, où vous dites : «La gestion de proximité n'est qu'un aspect de la notion de proximité.» J'aimerais savoir ce que vous voulez dire exactement, là.

M. Hamel (Pierre) : Bon, pour nous, la proximité, ce n'est pas juste de la gestion au niveau d'ajouter des cadres pour qu'il y ait une proximité au niveau de l'ensemble des différentes... des différentes tâches qu'un gestionnaire a avec ses employés. La proximité, c'est le terrain aussi, c'est de se rapprocher au niveau des missions, c'est de comprendre les besoins que des gens handicapés ont, les besoins que des personnes plus âgées ont. Et vous savez que les personnes âgées qui sont présentement en CHSLD sont de plus en plus hypothéquées. Et c'est une des raisons pour lesquelles on a eu des difficultés dans les CR, je veux dire, il y a des personnes qui sont décédées. Donc, il y a toute une reconstruction à faire au niveau des comités d'usagers et au niveau des comités de résidents, suite à la pandémie, comme vous avez une reconstruction à faire suite à la pandémie.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. On va terminer cet échange avec la députée de Vaudreuil.

Mme Nichols : Merci, M. le Président. Merci d'être aux consultations particulières. Vous avez parlé un peu plus tôt des missions plus élargies. Je sentais qu'il y avait un enjeu qui était soulevé, là, principalement avec l'accès... l'accès aux services. Vous avez parlé des services... service social, comme, entre autres, là, la santé mentale, les soins à domicile. Le PL n° 15, il n'en parle pas. Est-ce que je comprenais, dans le fond, que vous voudriez avoir une voix pour dire si ça marche ou si ça ne marche pas? Est-ce que... est-ce que c'est ça que j'ai compris?

M. Hamel (Pierre) : Vas-y, je vais rajouter après. Vas-y, Sylvie.

Mme Tremblay (Sylvie) : Ce qu'on dit, et ça, on le dit depuis, je vous dirais, que la pandémie a accentué les iniquités, les inégalités et l'accès. Il y a toutes sortes de raisons. Il y a des raisons systémiques, il y a des raisons aussi liées à la pénurie de main-d'oeuvre, ou d'autres, là, on comprend, là, on est dans ce réseau-là comme... on comprend bien les choses. Mais ce qu'on voit et ce qu'on sait, c'est que l'accès, particulièrement aux services sociaux, est de plus en plus ténu. Et ça, ça fait... ça ne fait... ça fait plus que nous inquiéter, ça fait partie de nos grands, grands, grands dossiers au regroupement. Et les insatisfactions que nous avons quotidiennement sont beaucoup liées à la... aux problématiques service social.

M. Hamel (Pierre) : Je vous dirais que c'est le parent pauvre du système de santé et que... et qu'un coup que tu es rentré dans le système ça va bien, mais rentrer dans le système, madame, là, «good luck», ça, je peux vous dire ça. Pour l'avoir vécu avec des personnes très proches, des jeunes, des personnes moins jeunes, c'est l'enfer, de rentrer dans le système, mais, un coup qu'on est dedans, ça va quand même assez bien. Et ça, c'est... ça, c'est une problématique de proximité puis d'accès.

Mme Nichols : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup pour votre contribution, pour votre présence à nos travaux. Sur ce, on va suspendre les travaux pour laisser place à notre dernier groupe de la journée. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 15 h 36)

(Reprise à 15 h 39)

Le Président (M. Provençal) : Nous reprenons nos travaux. Nous recevons maintenant M. Jean-Philippe Payment, président, et M. Martin Manseau, membre du conseil d'administration, pour le regroupement des commissariats aux plaintes et à la qualité du Québec... oui, c'est ça, du Québec.

Alors, messieurs, vous avez 10 minutes pour votre présentation, et par la suite nous avons l'échange avec les parlementaires. Je vous cède la parole.

Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec (RCPQS-Q)

M. Payment (Jean-Philippe) : Merci beaucoup de nous recevoir. D'ailleurs, merci, M. le Président, merci à tous les membres du comité. J'aimerais commencer par remercier le personnel du réseau de la santé et le personnel du ministère qui nous regardent aujourd'hui et qui regardent les discussions que les parlementaires ont sur l'avenir du réseau de la santé.

• (15 h 40) •

J'aimerais revenir tout d'abord... Et je présume que vous avez reçu de façon, «off the press», très chaude le document que j'ai entre les mains. Dans le fond, le regroupement des commissariats aux plaintes et à la qualité des services, qu'est-ce que c'est? C'est une initiative ministérielle. Les budgets sont offerts par le ministère pour que les commissaires à travers la province puissent d'abord se regrouper, se connaître et aussi offrir des conseils au ministre, s'il le désire.

Notre conseil d'administration est constitué de huit personnes, donc huit commissaires, commissaires adjoints et délégués et conseillers aux plaintes. Le regroupement regroupe 159 personnes qui traitent l'entièreté des plaintes, des assistances, des interventions, des consultations et des dossiers de maltraitance dans toute la province.

Six priorités, en bref, comme vous pouvez voir à la page 3. Il y a des éléments de clarification, et ici on restera énormément concentrés sur la mission des commissariats et des commissaires, et on... a priori, c'est sur ce... c'est ce sur quoi on a travaillé.

Donc, on va commencer avec le processus délibératif, donc comment on a fait pour en arriver ici. Il y a trois semaines, je crois, M. le ministre, quand vous avez déposé le projet de loi, tout de suite, le regroupement s'est mis en place pour pouvoir avoir un avis sur la question, puisque c'est quand même des changements importants qui sont apportés à certaines des structures qui supportent les commissariats. Et, à travers ça, on a eu des séances de travail, on a eu... on a reçu des commentaires d'à peu près tous nos membres dans la province et on en est arrivés avec un sommet d'à peu près six éléments qui sont des éléments vraiment de... je dirais, des éléments techniques sur la loi et beaucoup moins des éléments délibératifs.

Comme vous verrez, à l'énoncé de position, le regroupement et les membres du regroupement sont en faveur des changements qui sont apportés à leur position et à leurs fonctions dans le projet de loi n° 15. Avant tout, le nom des commissariats ou le nom des commissaires à la qualité et aux services vise la qualité, donc, à la performance des organisations, donc vise à l'amélioration de la qualité totale à travers les plaintes, à travers la voix des usagers. Donc, on reconnaît aussi l'intérêt du gouvernement à aller aussi dans cette direction.

Si vous voulez, on peut passer à un article par article, articles 572 et 574. Et là, vous allez voir, ce n'est pas par ordre d'article mais plutôt par ordre de priorité, c'est-à-dire ce sur quoi on a reçu le plus de commentaires. Et vous verrez ici l'orientation des commissaires à leur intention à recevoir du législateur des articles de loi qui sont clairs.

Donc, voyons 572, par ailleurs. Il y a la notion de «toute personne» peut porter plainte. Je reconnaitrai ici M. le sous-ministre, avec qui il y a eu une discussion avec les commissaires et qui a expliqué que la notion de «toute personne» incluait les usagers, les prestataires, les résidents et aussi tous ceux qui ne sont pas dans des missions, OK, qui ne sont pas dans des missions, donc qui ne peuvent pas être qualifiés d'usagers, de prestataires, etc.

Il y a un souci, on vous fait une proposition plutôt claire. Le problème avec «toute personne», c'est le problème que beaucoup de commissaires ont. Quand quelqu'un vient nous voir et qu'il ne peut pas porter plainte parce qu'il n'en a pas l'autorité dans la loi, qu'est-ce qu'on fait? «Toute personne» laisse entendre, dans le contexte actuel, que n'importe qui pourrait déposer plainte sur n'importe quoi.

Donc, la proposition qui est faite, c'est de solidifier ce qui a déjà été fait par l'équipe du ministère et l'équipe du ministre pour pouvoir faire une bonification de 572 le plus... pour la rendre la plus claire et la plus opérationnelle possible chez les commissaires.

La deuxième recommandation qu'on fait est sur l'article 574, plutôt l'alinéa 3°. Je vous invite à lire 574.3° et à essayer de déchiffrer, comme... comme professionnels que vous êtes de la législation, de comprendre ce que veut dire 574.3°. Dans les circonstances, c'est plutôt complexe. C'est une double... c'est une double... une double exception.

Premièrement, 574, c'est ce sur quoi je dois faire des rejets sommaires, OK? Donc, 574.3° me dit sur... qui ne peut pas porter plainte, et ensuite me dit : Sauf si c'est un héritier, si c'est un légataire, etc.

Avant, ces articles-là étaient séparés, hein, c'était plutôt facile à lire. Le but, ici, de parler de ces articles-là, c'est de s'assurer que pas juste nous ici, alentour de la table, et nous, les commissaires, les commissaires adjoints, les délégués, puissions lire la loi, mais aussi que les usagers puissent la lire et savoir à quoi s'attendre. «Toute personne», c'est très large quand on n'a pas l'article 13, notre ancien 12, mais l'article 13 de la loi actuelle à côté de l'autre.

Et 574 donne aussi une autre liste d'exceptions. On ne peut pas s'opposer aux exceptions que le ministère voudrait bien nous imposer, simplement rendre la chose lisible où lister ferait quelque chose de beaucoup plus simple, à notre avis.

La recommandation 3 est... c'est pour la personne décédée. Vous savez, dans l'ancienne loi, il y avait... il y avait un article de loi qui permettait aux personnes en deuil et qui pouvaient déposer plainte de pouvoir le faire à travers un article précis. Là, il a été accolé à 574.3°, et il nous semble que la lecture n'est pas claire. Donc, on propose simplement de le ressortir pour pouvoir le mettre dans le même environnement que 572, 573, 574 et 575.

L'ajout du 4, je vous dirais, c'est : Le commissaire doit procéder à toute plainte au sens de 13. Ramenons 13 pas loin, là. Dans certains... dans certains articles de la loi, dans certaines portions de cette loi-là, il y a des références à d'autres articles, bien sûr, là, comme on le voit un petit peu partout. Pourquoi ça, ce ne serait pas dedans, très, très près? Comme ça, on a tout un menu, tout est clair, tout au même... tout est au même endroit.

Une des caractéristiques des fonctions du commissaire, c'est qu'on a des fonctions qui sont un... qui sont une courtepoinette, qui sont un patchwork à travers le temps dans toutes sortes d'espèces de documents qui datent d'il y a 15 ans, 20 ans et qui sont plus modernes. Ramenons tout ça au même endroit. Beaucoup plus simple à gérer, beaucoup plus simple à lire, surtout pour le citoyen, surtout pour la personne malade, pour l'utilisateur qui a besoin d'avoir des services et qui a besoin de faire valoir son droit n° 12, son droit de plainte.

Donc, si vous voulez bien, on va passer à l'autre, l'article 48. Dans les fonctions actuelles du comité de vigilance et de qualité des institutions de santé telles qu'on les connaît, les CIUSSS, les CISSS et les établissements simples, le comité de vigilance et de qualité local est responsable de s'assurer que le commissariat ait un financement, je vous dirais, normal pour pouvoir gérer ses opérations. À aucun des deux endroits où il est nommé, le comité de vigilance et de qualité, soit le local, soit le national, n'est inscrit... n'est inscrit ça précisément.

Donc, la question s'est posée entre nous : D'où va provenir le financement et comment va se séparer le gâteau minimal que le réseau de la santé gère en ce moment en termes de budget pour les commissariats aux plaintes? Donc, comme on n'avait pas de réponse, on suggère que ce soit une des missions du comité de vigilance et de qualité national, qui reçoit en son sein le commissaire national, qui soit responsable de ça. Et on pourra parler peut-être, j'imagine, en question, du financement des commissariats aux plaintes.

Troisième enjeu de nos membres est un enjeu qui amène à l'indépendance des commissaires aux plaintes, des commissaires... des commissariats entiers et de leur personnel. On s'entendra ici que les commissaires ne traitent pas toutes les plaintes, c'est-à-dire que le commissaire même, moi-même, je ne traite pas les 3 000 dossiers qui passent dans mon bureau à chaque année. J'ai du personnel. Ce personnel-là est constitué de nos cadres, cadres supérieurs, et de personnel professionnel.

Les professionnels sentent qu'ils n'ont pas l'indépendance requise auprès des directeurs et de la direction. Il a été mentionné plus tard pourquoi les plaintes ne montent pas beaucoup plus haut qu'ils le sont, on y reviendra peut-être, ou certains professionnels dans nos bureaux ne sentent pas qu'ils ont la légitimité ou se font dire qu'ils n'ont pas la légitimité par les cadres du réseau pour pouvoir régler les plaintes des usagers.

Donc, ce qu'on propose, c'est que ces professionnels-là deviennent, en dispositions transitoires, des conseillers cadres, où là, tout d'un coup, il y aurait une responsabilité, où il y aurait une responsabilisation d'abord et, par la suite, il y aurait aussi une plus grande... une meilleure visibilité de ces gens-là au sein de nos bureaux.

• (15 h 50) •

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Votre temps est écoulé. On va maintenant procéder à l'échange avec M. le ministre.

M. Dubé : Très bien. Alors, merci, M. le Président. M. Payment, monsieur... bonjour. Merci beaucoup pour... Encore une fois, je le dis à ceux qui sont passés en premier, vous avez eu moins de temps que les autres. Alors, on l'apprécie beaucoup.

Moi, je n'irai pas, peut-être, dans le détail parce que, je pense, c'est très clair, les recommandations que vous faites, en tout cas, au moins les changements que vous demandez, puis on aura le temps d'en prendre connaissance. Je n'irai pas, justement, dans le texte législatif, mais j'aimerais profiter de votre présence pour faire deux choses au moins. Juste peut-être expliquer... Puis j'en profite pendant qu'on fait les... des fois pour expliquer aux Québécois qui nous écoutent, là, un peu où on est rendus. Parce que, tout à l'heure, on a expliqué, les deux associations qu'on a vues, sont où, ils représentent combien de gens. Puis, je pense, ça va nous aider, quand on va faire l'article par article, de revenir puis de dire : Bien, rappelez-vous, on s'est fait dire ça ou...

Alors, avec vous, je ferais la chose suivante, puis dites-moi si je le résume bien, je vais prendre deux minutes pour le faire. Ma collègue, Mme Blais, il y a quelques années, est arrivée avec la loi sur la maltraitance puis elle a décidé d'avoir un... on va l'appeler un commissaire aux plaintes, hein, un commissaire aux plaintes, ce n'était pas le nom exact, mais je pense qu'il était...

M. Payment (Jean-Philippe) : Commissaire-conseil.

M. Dubé : ...commissaire-conseil. Merci beaucoup. Alors, vous, en ce moment, avant que ce soit nommé, vous êtes le regroupement des commissaires qui étaient dans chacun des établissements, c'est ça, mais vous existez encore comme regroupement, bien qu'il y ait un commissaire aux plaintes.

M. Payment (Jean-Philippe) : Conseil, exact, un commissaire-conseil.

M. Dubé : Conseil. OK. Bon.

M. Payment (Jean-Philippe) : Elle ne traite pas de plaintes.

M. Dubé : Pardon?

M. Payment (Jean-Philippe) : Elle est en soutien conseil aux commissaires. Elle ne traite pas de plaintes.

M. Dubé : C'est ça, c'est un peu comme... je dirais, je vais faire une comparaison, on peut rencontrer, ce matin, le CMDP qui... mais il y a aussi la Fédération des médecins... des médecins spécialistes. Donc, vous êtes un peu le regroupement des commissaires.

M. Payment (Jean-Philippe) : Tout à fait.

M. Dubé : OK. Parfait. Et là, dans le projet de loi, nous, on dit : Non seulement ce ne sera plus le commissaire-conseil, on va l'appeler... ça va être le commissaire national aux plaintes.

M. Payment (Jean-Philippe) : Oui.

M. Dubé : À part le changement de nom, là, ce qui est important pour les Québécois, c'est de dire à qui ça va se rapporter aussi, hein?

M. Payment (Jean-Philippe) : Il est clair que ça va se rapporter au ministre.

M. Dubé : Bon.

M. Payment (Jean-Philippe) : Très clairement.

M. Dubé : Et tout à l'heure... Puis là, excusez-moi, ça a été une longue introduction, mais je fais le lien avec ce qu'on entendait de nos deux associations de comités des usagers. Puis moi, j'ai trois questions, parce que pendant qu'on fait cette... je reviens toujours sur la transition, parce que Mme Castonguay nous l'a bien dit hier, ce n'est pas tellement d'où on s'en va, mais d'où on part puis comment on va faire la transition.

Moi, j'ai trois questions pour vous, là, que j'ai entendues. M. Brunet, que je respecte beaucoup, nous a dit : Vous n'avez pas besoin d'un commissaire national. Il a été très clair là-dessus, il dit : Vous n'avez pas besoin de ça, vous êtes...

M. Payment (Jean-Philippe) : ...désaccord avec eux. Je suis en complet désaccord avec eux, avec le CPM.

M. Dubé : Non, non, mais c'est correct, on a le droit d'avoir des désaccords. Moi, ça m'arrive, moi aussi, là. Mais ce que je veux juste dire, c'est... laissez-moi juste finir ma question, puis après ça je vais... Ça fait que j'aimerais ça vous entendre là-dessus, là, j'ai déjà eu un bout de la réponse, mais parce que, justement, moi, je pense qu'un commissaire qui regarde l'ensemble des établissements doit avoir une vue de ce qui se passe dans le réseau, il me semble. Mais, en tout cas, je voudrais vous entendre.

Deuxièmement, il y a une chose qu'il a dit que je trouve qui est importante, il a dit : 45 jours ou 60 jours pour traiter une plainte, c'est trop long. Non, mais... je vous vois déjà réagir.

M. Payment (Jean-Philippe) : J'ai l'habitude de réagir aux visages aussi. Vous m'excuserez

M. Dubé : Non, non, mais, c'est ça, c'est ça, je pense qu'on est rendu un jeudi après-midi...

Une voix : ...

M. Dubé : Oui, c'est ça. Et moi, je vous demanderais, parce que je lui ai posé aussi la question : Est-ce qu'il y a un genre de plainte à laquelle on devrait être encore plus rapide? Puis il a donné deux réponses. Il a donné une réponse : Quand ce n'est pas clinique, on devrait être plus rapide, il a parlé même de 15 jours. Et moi, je vous dis... j'aimerais vous entendre, parce que vous en entendez toutes sortes, de plaintes, là, hein, puis vous représentez vos commissaires. Est-ce qu'on pourrait — puis ça, ça m'inquiète beaucoup — trouver une mécanique — puis ce n'est pas sûr que ça a besoin d'être dans le projet de loi, mais il faut avoir cette vision-là, comme législateur — où est-ce que ça devrait aller, pour le genre de plainte, là, dont on parlait tantôt, qu'on ne veut pas nommer, là, mais une dame qui pense que sa mère n'a pas été bien servie puis qui voudrait le dire tout de suite, là, elle ne veut pas attendre ni 15 jours ni 45 jours, mais elle me dit : Je veux parler à quelqu'un dans mon hôpital pour dire : Heille! Le service que je reçois en ce moment, là, ce n'est pas à ce que je m'attends?

Ça fait que c'est mes trois questions, sachant que, premièrement, je vous demande qu'est-ce que vous pensez d'un commissaire national aux plaintes puis, deux, comment on pourrait améliorer les temps de réponse, si vous croyez qu'on devrait le faire.

M. Payment (Jean-Philippe) : Commissaire national, au contraire des deux... des deux groupes qui ont posé la question : À quoi sert un commissaire national et pourquoi porter plainte?, je dirais que, pour travailler dans les plaintes depuis quelques années, et mes collègues aussi, c'est-à-dire que c'est important, c'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait quelqu'un qui écoute l'utilisateur, en quelque part. Donc, on va commencer par ça peut-être, M. le ministre, puis vous me rappellerez à l'ordre si je me perds.

Il faut d'abord quelqu'un qui écoute l'utilisateur. On est ceux qui écoutons l'utilisateur. Quand les gens nous trouvent, là, ils sont dans des conditions, je vous dirais, mentales ou physiques qui sont souvent inacceptables en société. On doit avoir des commissariats aux plaintes qui fonctionnent. On doit avoir des délais justes aussi. Et on doit avoir quelqu'un qui s'assure qu'il y ait un «oversight» sur les... ou, je vous dirais, un étage de gestion bienveillante sur les commissariats pour s'assurer qu'ils remplissent leurs obligations. Vous parliez du temps, du 45 jours. Ça, c'est le truc qui fait le plus jaser entre nous. Tout le monde...

M. Dubé : Le commissaire aux plaintes local, là, ceux que vous représentez, se rapporte au conseil d'administration des établissements.

M. Payment (Jean-Philippe) : D'administration, en ce moment, pour... qu'est-ce que ça veut dire, là, je vous dirais, nommez-moi ce que ça veut dire, je n'en sais trop rien, ça dépend de chaque région. Chaque région, chaque conseil d'administration voit différemment son commissariat, voit différemment son commissaire et gère de façon très différente son commissaire.

M. Dubé : C'est ce que j'ai compris, moi.

M. Payment (Jean-Philippe) : J'ai des commissaires qui ne voient jamais leur conseil d'administration, qui ne parlent pas avec leur PDG. J'ai des commissaires qui parlent avec leur PDG souvent. J'ai des commissaires riches, j'ai des commissaires pauvres, en termes de personnel.

M. Dubé : Ça, c'est important, là, vous ne sentez pas qu'il y a cette culture-là de travailler avec le conseil d'administration, c'est à eux que vous vous rapportez, de la même façon pour tout le monde.

M. Payment (Jean-Philippe) : Un conseil d'administration, vous savez, un conseil d'administration est constitué entre 12 et 15 personnes. C'est difficile de travailler avec un conseil d'administration totalement entièrement. Et c'est pour ça qu'on accueille favorablement le fait d'être mis sous un... sous un commissaire national qui, premièrement, va être au centre de tout, hein, il va être à l'intérieur de l'agence...

M. Dubé : ...je vous coupe encore. Là, on passerait de se rapporter à un conseil d'administration, que chacun des commissaires, dans les établissements, se rapporterait au commissaire national.

M. Payment (Jean-Philippe) : Tout à fait.

M. Dubé : OK.

M. Payment (Jean-Philippe) : Tout à fait, oui.

M. Dubé : Puis c'est quoi, l'avantage de passer d'un à l'autre, selon vous?

M. Payment (Jean-Philippe) : Je vous dirais l'uniformité des pratiques, l'uniformité des pratiques. Il y a des critiques comme quoi tous les commissariats ne gèrent pas les plaintes de la même façon ou ne traitent pas... ou n'a pas un traitement administratif égal d'une région à une autre. Ça, on l'entend, on l'a entendu et on va continuer de l'entendre tant et aussi longtemps qu'on va avoir 38 règlements de plaintes, hein, tant que ça va être géré...

M. Dubé : Qu'est-ce que vous voulez dire par...

M. Payment (Jean-Philippe) : C'est-à-dire que chaque commissariat... en fait, chaque conseil d'administration a son propre règlement de traitement des plaintes. Donc, naturellement, il y a des variations, donc, il y a des variations. Vous posez la question tantôt : Comment est-ce qu'on peut faire pour traiter les plaintes plus rapidement? Bien, ça existe déjà, ça. Le concept de l'assistance à porter plainte... pardon, de l'assistance à recevoir un service, qu'est-ce que c'est, ça, si ce n'est pas ça? Il ne faudrait pas non plus développer un système de justice expéditive. J'entendais tantôt : Réglons quelque chose directement sur le plancher. Je n'irai pas sur un plancher dire à une infirmière comment interagir avec son patron, interagir avec les usagers. Le processus est tel fait qu'il est fait pour être, je vous dirais, naturellement consciencieux, naturellement consciencieux.

M. Dubé : OK, mais supposons... parce qu'il va me manquer... Combien de temps?

Le Président (M. Provençal) : Six minutes.

M. Dubé : OK, il me reste encore un peu de temps. Faisons la différence, là, que... je vais vous dire ce que j'entends, pour faire les choses correctement sur un acte clinique qui est passé, etc., mettons 45 jours, c'est correct, mettons, trouvez-vous que c'est suffisant?

• (16 heures) •

M. Payment (Jean-Philippe) : Écoutez, je n'ai pas vraiment le mandat de parler de ça, mais on peut... on peut peut-être ouvrir... je peux peut-être ouvrir un peu la boîte de Pandore des... du délai de traitement. Le délai de traitement de 45 jours, là, vous savez que ce n'est pas un délai de traitement de 45 jours ouvrables, là... 45 jours calendrier. Nos employés ne travaillent pas la fin de semaine. Si on voulait avoir du traitement en 15 jours, triplez nos effectifs, je veux dire...

M. Dubé : Non, mais le 15 jours dont il parlait, M. Brunet, c'est plus pour des... ce n'est pas des cas cliniques qu'on parle.

M. Payment (Jean-Philippe) : Mais, à ce moment-là, c'est parce qu'on se retrouverait avec un régime d'examen des plaintes à paliers variables. Est-ce que c'est ce qui est souhaité? Est-ce qu'on veut... est-ce qu'on veut, comme citoyens, avoir plus de droits que l'autre, avoir une priorité de plus que l'autre?

M. Dubé : OK, ça fait que vous avez des commentaires là-dessus.

M. Payment (Jean-Philippe) : Donc, pour moi, c'est vraiment un... c'est là où l'équité entre les usagers entre en jeu. On s'entend qu'il y a des dossiers qui sont plus problématiques que d'autres.

M. Dubé : Puis quel genre de jugement vous faites dans la priorité des plaintes, quand vous... Vous me dites, là, vous en recevez pas mal.

M. Payment (Jean-Philippe) : Ça, ça va dépendre, ça, ça va dépendre de chaque commissariat. Chaque commissariat, chaque commissaire va gérer, va avoir une façon de prioriser différente. Il y a des exceptions à ça, bien sûr. Vas-y, Martin.

M. Manseau (Martin) : Bien, j'allais dire, si je peux me permettre, quand une plainte... quand un usager dépose une plainte auprès du commissaire aux plaintes, c'est sûr qu'on a un contact avec lui. Donc, on prend tout de suite, sans délai, connaissance de la situation qu'il va porter à notre attention.

M. Dubé : Puis elle est enregistrée dans un registre, puis tout ça, là.

M. Manseau (Martin) : Absolument. Même, on leur parle souvent au téléphone, là, directement, et donc il n'y a pas de délai. À ce moment-là, on a accès à toutes les préoccupations des gens puis on est capables de faire un tri sur ce qui est plus pressant ou ce qui est moins pressant. Donc, nous, on est d'avis que ce n'est pas nécessaire de le mettre dans la loi. Puis, le 45 jours, c'est un délai maximal aussi. Donc, il faut comprendre ça.

M. Dubé : Non, je suis d'accord...

M. Manseau (Martin) : Pour ce qui est des situations qui sont pressantes ou urgentes...

M. Dubé : Urgentes.

M. Manseau (Martin) : ...parce qu'il y en a, effectivement, mais elles sont traitées sans délai aussi.

M. Dubé : Oui, mais comment ça... comment ça... Puis je n'aime pas ça, prendre des cas spécifiques, là, vous savez de quoi je parle, mais je pense que ça a frappé l'imaginaire. Vous êtes avec votre mère à l'hôpital, puis elle n'est pas traitée selon ce que vous pensez qui est correct. À qui vous parlez dans ce temps-là? On ne peut pas dire que ça va prendre 45 jours. Alors, on fait quoi avec ces cas-là, qui sont urgents, où l'utilisateur, le patient dit : Moi, là, ma mère n'est pas traitée correctement? À qui on parle une fin de semaine, un soir? Est-ce qu'on peut faire le lien avec, maintenant, notre représentant, notre gestionnaire de proximité, notre responsable par installation? J'aimerais... Vous en recevez, des plaintes.

M. Payment (Jean-Philippe) : Je vous dirais que tous les employés et tous les gestionnaires ont la légitimité et la responsabilité de régler les insatisfactions de la clientèle. On a tous cette obligation de faire là comme travailleurs de la santé.

M. Dubé : Mon gestionnaire de proximité, là.

M. Payment (Jean-Philippe) : Mais, le gestionnaire de proximité, comme l'infirmière-chef, comme l'infirmière, tout le monde a cette obligation-là de faire ça.

M. Dubé : Oui, mais est-ce que, pour vous... que le patient sait qui aller voir? Parce que, si tu sais...

M. Payment (Jean-Philippe) : Ah! non, absolument pas.

M. Dubé : Ils ne savent pas.

M. Payment (Jean-Philippe) : Non, non, non. Si vous voyiez le nombre de dossiers qu'on traite où les gens ne savent pas où aller. On fait parfois, et là je suis un peu... Moi, je suis dans la région de Montréal, donc c'est peut-être un peu plus évident, le territoire de centre-ouest — je reconnaitrai Mme la députée — le territoire de centre-ouest est un fromage emmental, troué. C'est-à-dire que centre-ouest, il y a aussi un hôpital qui appartient à l'Ouest-de-l'Île de Montréal, il y a un institut qui appartient au centre-sud, il y a Sainte-Justine, il y a le CUSM, et, à travers tout ça, on s'envoie la balle entre commissaires, hein? Le patient, là, ne sait pas où il est. C'est-à-dire que le «branding» d'un CISSS et d'un CIUSSS, sur l'île de Montréal, ou d'un établissement de santé, ça ne veut rien dire, strictement rien dire. Ça, c'est sûr et certain.

M. Dubé : Ça fait que la dame qui était prise à l'hôpital X, pour ne pas la nommer, là, dit : C'est-tu à l'hôpital que je devrais parler? C'est-tu au CISSS que je devrais me plaindre? Mais j'ai un problème, là. Elle ne le sait pas, là. Ce n'est pas clair à qui elle doit parler.

M. Payment (Jean-Philippe) : Bien, elle est dans l'établissement où elle est. Donc, il devrait y avoir un gestionnaire sur place pour s'occuper de ce cas-là dans l'immédiat.

M. Dubé : Oui, mais c'est ce qu'elle essayait de trouver puis qu'elle ne trouvait pas, là. On se comprend, là.

M. Payment (Jean-Philippe) : Ce n'est pas normal que ce soit arrivé comme ça, je vous dirais, dans des circonstances comme ça.

Mais, M. le ministre, on voit des dossiers d'à peu près toutes les sortes, là. Vous en nommez un parce qu'il est médiatique, mais on voit des milliers de problèmes par année. Et, comme je le disais en janvier, on a la pointe de l'iceberg. Le flocon par-dessus, c'est ce qu'on a, nous, c'est ce qu'on voit. C'est les gens les plus... C'est les gens qui ont non seulement la connaissance, qui sont alphabétisés...

M. Dubé : Puis qu'est-ce qu'on fait pour améliorer ça?

M. Payment (Jean-Philippe) : Il faut absolument faire la promotion de ce qu'on fait, simplifier ce qu'on fait, qu'on nous donne des outils législatifs clairs et que les établissements...

M. Dubé : Mais donnez-moi un exemple d'un outil législatif qui n'est pas dans le PL n° 15 qui vous aiderait.

M. Payment (Jean-Philippe) : La notion d'assistance à recevoir un service n'existe pas. La notion de conciliation n'existe pas. Le ministère est très, très concentré sur les plaintes, les plaintes plaintes, là, tu sais, ce dont on parlait, là, l'administration puis la paperasse, la plainte, mais il y a d'autres outils. L'assistance à porter plainte, c'en est un. Ça, c'est un outil qu'on a. Il est dans la loi. L'intervention, c'est aussi dans la loi. C'est beaucoup plus simple.

M. Dubé : Oui, mais il y en a-tu qui ne sont pas dans la loi ou que...

M. Payment (Jean-Philippe) : L'assistance à recevoir un service, c'en est un, ça. C'est-à-dire que c'est dans l'outil ministériel que nous utilisons tous. Et on en fait, et on en fait, et on en refait encore, et pourtant ce n'est pas dans la loi. Et on en fait. Et il y a des gens qui ne veulent pas porter plainte. On entendra les comités d'usagers, comme on peut les entendre, où ils se disent : Pourquoi porter plainte? À quoi ça sert? Très bien. Ils ont un intérêt. Nous, on vise le grand intérêt de la population au complet. Le grand intérêt de la population au complet, c'est qu'on leur donne les services auxquels ils ont droit et que, si, au moment où ils ont besoin de quelqu'un qui va faire l'intermédiaire pour eux, qui va faire la conciliation, qui va faire la médiation sans porter plainte en dur... qu'il y ait quelqu'un pour le faire.

M. Dubé : On se reparlera parce que...

M. Payment (Jean-Philippe) : Avec grand plaisir.

M. Dubé : ...j'ai encore beaucoup de questions. OK. C'est beau. C'est beau.

Le Président (M. Provençal) : Mais il n'y a plus de temps.

M. Dubé : Mais je n'ai plus de temps.

Le Président (M. Provençal) : Alors, Mme la députée de Mont-Royal—Outremont, c'est à vous de prendre le relais.

Mme Setlakwe : Merci. Bien, j'ai comme envie de dire : Poursuivons la discussion. Je vois vos collègues qui hochent de la tête. Votre présentation... Vous êtes éloquent, là. C'est très intéressant de vous entendre puis c'est ce qu'on veut, là. Ce n'est pas que les gens, que les Québécois m'entendent, moi, c'est sûr. Mais je vois que — corrigez-moi — on s'en va dans... potentiellement dans la bonne direction. Vous avez fait un travail qui me semble exceptionnel. Vous avez identifié de façon très précise des choses à améliorer.

Moi non plus, je ne veux pas qu'on aille dans un exercice détaillé du libellé. J'aurais envie, encore une fois, de vous céder la parole. Puis, peut-être juste pour vous orienter, donnez-nous donc, là, tu sais, les points plus... plus importants, là, qui sont à corriger. Puis, ça rejoint la question du ministre. Puis je trouve intéressant... intéressante votre analogie avec le fromage emmental. Les trous, qu'est-ce qu'il faut faire pour boucher les trous?

M. Payment (Jean-Philippe) : Ah! bien, il y a consolider les territoires. Mais ça, je pense que c'est bien loin dans la liste des priorités... dans la liste de priorités. Montréal est tel fait que les choses ont existé à Montréal avant qu'elles existent ailleurs. Tu sais, il y a des CHU à Montréal en plus grande quantité, il y a des instituts, etc. Ce à quoi il faut penser, peut-être, sur l'île de Montréal, c'est éventuellement donner des missions à des commissariats pour éviter que...

Par exemple, on va vous donner un exemple sur le territoire sur lequel je suis. Pensez Côte-des-Neiges et pensez Westmount, pensez Outremont, pensez au code postal le plus riche et le plus pauvre de tout le Canada au complet, pas juste du Québec. Pensez que, sur ce territoire-là, on peut aller à l'urgence du Montreal General, on peut venir à l'Hôpital général juif recevoir des soins et on peut se retrouver dans un GMF qui est géré par, je n'en sais trop rien, le West... l'Ouest-de-l'Île de Montréal. Et là arrive un problème de corridor de soins — parce qu'on aime ce terme-là, corridor de soins — entre les institutions, et là c'est qui, le commissaire qui est responsable? La réponse, c'est : Tous, mais de leur côté. On analyse tous un petit bout, et il n'y a personne qui a une vue complète et totale de l'enjeu sur le territoire.

Le commissaire national peut facilement aider à ça, mais on peut facilement nous donner des outils aussi que je crois qui existent législativement dans le projet de loi actuel, mais qu'on n'a pas analysés en profondeur, qui pourraient nous aider à avoir quelqu'un qui a, je vous dirais, une majeure sur un sujet ou un enjeu.

Montréal, par exemple, est rempli de trous. Moi, j'ai des responsabilités, parce que je suis Centre-Ouest, de 8-1-1, Info-Santé, Info-Social. Ma collègue de l'autre côté, elle ne l'a pas; ma collègue de l'est, elle ne l'a pas, mon collègue de l'ouest ne l'a pas. Moi, j'ai la responsabilité du PRAIDA. Les RPA, c'est un peu tout le monde, chacun son territoire. Les ambulances, ce n'est pas nous, contrairement aux Laurentides, où les ambulances... à Montréal, c'est un commissaire qui s'en occupe.

• (16 h 10) •

Donc, il y a... il faut simplifier les choses pour nous. Donc, comme je vous disais, les objets législatifs, il y en a qui n'existent pas, mais qu'on utilise déjà pour pouvoir satisfaire la clientèle. L'important, c'est que la clientèle soit satisfaite des services qu'elle reçoit non seulement du réseau, mais aussi des commissariats.

J'entends les comités d'usagers, j'entends les groupes qui sont passés en avant de nous en disant : Ce n'est pas... Ce n'est pas égal d'un commissaire à un autre, ce n'est pas égal d'un commissariat à un autre. Mais ça a été créé comme ça. Ce n'est pas égal. La vie n'est pas égale dans le Centre-Ouest et dans le sud de l'île de Montréal. Le nombre de personnel qu'on a n'est pas égal par nombre de dossiers. Si vous voulez, on peut s'en parler. Et ça, j'ai des critiques à faire aller-retour sur la façon dont on est financés parce que personne n'est égal.

Donc, il y a des territoires sur lesquels les usagers n'ont pas... ne peuvent pas faire valoir efficacement le 12e droit qui est dans la loi, qui est le droit de plainte. C'est facile d'avoir une proximité dans un endroit où le territoire est très contigu. Centre-Ouest, par exemple : 54 kilomètres carrés, à peu près 400 000 usagers, 182 établissements et autres sites, etc., que je dois couvrir avec neuf personnes. Puis là on va passer en région un peu plus éloignée, on va passer à la Côte-Nord, où ils ont tant de dizaines, tant de centaines d'établissements, avec cinq, six, sept personnes. Je veux dire, il y a une disparité claire. On peut accélérer les choses, on peut améliorer les choses du côté des commissariats, mais les moyens sont inégaux et sont appliqués inégalement d'une région à une autre. Je ne sais pas si je suis allé plus loin que votre question. Probablement.

Mme Setlakwe : Mais tant mieux. Puis, s'il y a d'autres éléments sur lesquels vous souhaitez élaborer, là... Là, on a compris l'enjeu de la disparité puis des moyens inégaux.

M. Payment (Jean-Philippe) : Bien, je parlais des... Je vous parlais de la notion de conciliation, OK? Les médecins examinateurs ont cette obligation-là, de conciliation. Vous allez probablement recevoir le Regroupement des médecins examinateurs bientôt. Vous saluerez le Dr Marcel Boucher, qui viendra vous voir probablement au mois de mai. Cette obligation-là, on ne l'a pas. Pourquoi on ne l'aurait pas? Pourquoi cette conciliation-là, qui est à l'intérieur même de notre fonction, qui est un... Il y a une fonction d'ombudsmanship, là. On s'entend, là? Puis là je ne parle pas, ici, de la maltraitance. La maltraitance, on a tout à fait un autre mandat qui n'est pas tout à fait le même. On a un mandat d'ombudsmanship. Notre but est d'assister la clientèle. On n'est pas là pour leur nuire, là. On est là pour les aider. On est là pour aider l'établissement à améliorer sa qualité de service à travers les critiques, les insatisfactions de tous les usagers qui viennent nous voir.

Maintenant, il faut que les usagers viennent nous voir, bien sûr. On les sollicite de façon tacite, de façon formelle. On peut passer dans les médias, même si c'est un peu tabou dans notre milieu. Que je sois ici aujourd'hui, c'est un peu tabou dans notre milieu aussi parce qu'on relève des conseils d'administration. Les conseils d'administration, on est leur outil. On est l'outil de ces gens-là pour améliorer la qualité de service. On est là pour déjudiciariser certains conflits aussi, il ne faut pas oublier ça. Si les commissariats aux plaintes n'existaient pas, il y aurait plus de poursuite contre le réseau, j'en suis 100 % sûr. On voit aux États-Unis. On n'a pas un mandat de représentant de patients. Là aussi, il ne faut pas... il ne faut pas oublier ça, hein? Il y a plusieurs concepts d'ombudsmanship dans la... dans la réalité. Il y a la représentation de patients, comme, aux États-Unis, on peut voir, il y a l'ombudsmanship à la britannique et il y a nos commissaires aux plaintes ici.

Ici, on est dans un entre-deux. On ne fait pas la représentation du patient, on s'assure que ses droits soient respectés. Il y a des gens qui font la promotion des droits. Nous, on s'assure que les droits soient respectés et que l'établissement soit au courant que certains droits des usagers, à certains moments, que ce soit individuellement ou collectivement, de façon macro... n'est pas respecté. Et ensuite à l'établissement de faire le nécessaire pour que ces droits-là soient remis... soient remis en ordre.

Et là il y a quelque chose qu'énormément de gens, dans les communautés et qui sont près du réseau, ne comprennent pas. Une recommandation comme on vient de vous le faire, là, est-ce que c'est applicable telle quelle maintenant? Vous allez dire oui à tout ça? Bien sûr que non. Vous allez l'analyser, vous allez voir si ça s'applique. Une recommandation qu'on fait à un PDG, à un DG, à un directeur est sujette à approbation du directeur en question. Il faut bien que le directeur dise oui pour l'appliquer. Parce que sinon, ça ne s'applique pas.

Le conseil d'administration à 12, 15, là, un enjeu de peinture sur les murs qui écale, là, on peut-tu être beaucoup plus loin d'un conseil d'administration que ça? On peut être très loin. On gère des enjeux qui sont de quelqu'un qui peut tomber d'une table d'opération à il faudrait nettoyer l'intérieur de la ventilation puisqu'il y a des petites mousses qui descendent du plafond. On est aux extrêmes de tout ça. On a été là dans les RPA, on est dans les RPA. On est dans les RI-RTF. On est dans les organismes communautaires. On joue avec des opérateurs.

En région, les opérateurs ambulanciers, les organismes communautaires qu'on doit approcher à la pièce, on ne peut pas approcher ça comme des petites saucisses. Dans un CISSS, dans un CIUSSS, on connaît nos intervenants. On leur envoie des courriels pro forma. On est capables... Après ça, là, ça prend du temps, rejoindre le fameux DG : Régler le problème sur l'étage maintenant, combien de centaines de personnes vous me donnez, juste pour moi? Ça ne fait pas de sens, d'un point de vue réel.

Il faut aussi qu'il y ait une responsabilisation de la gestion. Il faut une responsabilité... une responsabilisation de la gestion locale sur les enjeux d'insatisfaction de la clientèle puis il faut ensuite que, si ça déborde et le client n'est pas satisfait de ce que la gestion locale a fait, que le réflexe normal soit d'envoyer l'enjeu au commissariat aux plaintes pour qu'il soit évalué.

Mme Setlakwe : Merci. On est où dans le temps, M. le Président?

Le Président (M. Provençal) : Une minute, madame.

Une voix : ...

Mme Setlakwe : J'en ai plein, des bonnes questions.

M. Payment (Jean-Philippe) : Vous m'excuserez, je parle énormément. Je vous...

Mme Setlakwe : Non, mais ne soyez pas désolé, au contraire. Là, prêtez-moi l'expression «take away», là, juste pour... puis après ça...

M. Payment (Jean-Philippe) : Oui, «take away», simplifiez notre mandat. Vous pouvez même l'élargir, si vous voulez. Il a été beaucoup... notion des proches aidants. Un des enjeux qu'on a, c'est l'enjeu des personnes, je vous dirais, inaptes ou sur le bord de l'inaptitude. Il y a tout le temps un petit quelque chose là, là, dans les plaintes, là, tout le temps un petit quelque chose là qui, tu sais...

Normalement, quelqu'un d'inapte peut être représenté, OK? Quelqu'un qui est apte doit se représenter elle-même. Elle ne peut pas être représentée au sens de 13 de la nouvelle loi. Les proches aidants ne sont pas, à ce que je sache, des gens qui pourraient porter plainte. Ils peuvent porter plainte pour leurs propres services, mais ils ne peuvent pas porter plainte pour leur être cher. Est-ce qu'il y a quelque chose à élargir? Est-ce que... Je vous laisse ça entre les mains. Vous êtes le législateur. Vous décidez... Vous décidez de la mission qu'on va avoir, mais...

Le Président (M. Provençal) : Merci. Merci beaucoup.

M. Payment (Jean-Philippe) : Ça me fait bien plaisir.

Le Président (M. Provençal) : Non, puis je pense que tout le monde a beaucoup d'intérêt à entendre ce que vous avez dit. Malheureusement, le temps nous joue des tours, et je vais céder la parole à M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Merci beaucoup. Effectivement, c'est extrêmement intéressant. Ça touche au coeur de la mission du réseau et, je pense, de ce que les gens souhaitent. Éviter d'avoir à porter plainte, ça veut dire être satisfait du service, obtenir le service auquel on a droit. Et j'aimerais savoir... Parce que ne serait-ce que... Lorsque vous parlez d'accompagnement, pour avoir... ou d'assistance, c'est-à-dire, à recevoir un service, j'imagine que ça, ça ne se retrouve pas, là, dans votre mémoire à l'heure actuelle. La fonction dont on parlait tout à l'heure, qui pourrait vous être confiée, d'assistance, elle n'est pas... elle n'est pas là actuellement, mais elle me semble centrale. Si on veut justement éviter de traiter des plaintes en 45 jours, c'est d'avoir le service et d'avoir un accompagnement, non? Est-ce que vous pourriez faire une proposition comme celle-là?

M. Payment (Jean-Philippe) : Je vous dirais que ce qui est un peu étrange... ce qui est un peu étrange, c'est qu'elle n'est pas reconnue dans la LSSSS actuelle. Elle n'est pas dans le projet de loi, mais elle est dans le système ministériel de traitement des plaintes, qu'on appelle affectueusement SIGPAQS. Vous allez en entendre parler, de toutes sortes d'acronymes dans le réseau. SIGPAQS, ça en est un, c'est système intégré de gestion des plaintes. Il reconnaît cet attribut-là à notre... à nos commissariats. Donc, c'est quelque chose qui se fait déjà, mais qui n'est pas codifié, je vous dirais, et qui est important. C'est ce qu'on fait.

Parfois, on fait un peu... sur l'île de Montréal des fois, on fait un peu le guide touristique entre les établissements puis entre les commissariats. On se connaît tous parce qu'on est tous interreliés.

M. Arseneau : Mais, si on regarde l'objectif du projet de loi, rendre le système plus efficace, répondre aux besoins de la population, est-ce que... en fait, vous ne nous proposez pas vraiment de le faire, mais est-ce qu'au lieu d'avoir un commissaire aux plaintes, est-ce qu'on ne devrait pas avoir un commissaire à l'accompagnement et aux... des usagers?

M. Payment (Jean-Philippe) : Je vous dirais que la majorité des commissaires aux plaintes aiment leur titre, aiment leur titre de commissaire. Ce qu'on fait, c'est de l'ombudsmanship, OK? Il n'y a pas vraiment de terme en français pour ça, à ce que je sache, là, de l'ombudsmanship, l'ombudsman d'hôpital tel qu'on le connaît. On est peut-être un protecteur de l'utilisateur, et là je ne veux pas entrer dans les talles du Protecteur du citoyen, mais on est peut-être plus un protecteur de l'utilisateur que d'autre chose. Mais ce n'est pas un... Le changement de titre, je vous dirais, n'est pas nécessaire dans les circonstances.

• (16 h 20) •

M. Arseneau : Non, mais avec le changement de titre viendraient des fonctions. Mais on pourra y revenir.

Il y a une autre préoccupation que j'avais. Vous avez mentionné de façon très claire et affirmée que l'idée d'un commissaire national, c'était une bonne idée.

M. Payment (Jean-Philippe) : Oui.

M. Arseneau : Comment vous voyez l'interaction avec le terrain puis s'assurer, justement, qu'on ne se déconnecte pas des besoins des usagers sur le terrain?

M. Payment (Jean-Philippe) : Bien, les commissaires vont demeurer terrain, tu sais. Même s'il y a certaines propositions à l'intérieur du projet de loi, par exemple, pour pouvoir sortir les commissaires des établissements, pour les rendre de facto indépendants ou avoir l'image d'une plus grande indépendance, il reste qu'on est liés à nos établissements. Moi, je suis lié à l'Hôpital général juif. Je vais demeurer très près de la clientèle de l'Hôpital général juif, par exemple, ou des CLSC.

M. Arseneau : Alors, c'est quoi, la valeur ajoutée du national?

M. Payment (Jean-Philippe) : La valeur ajoutée du national, je vous dirais, c'est de se sortir d'en dessous des conseils d'administration, c'est d'avoir un lien direct avec Santé Québec et avoir un lien avec quelqu'un qui va être à l'intérieur de la machine, qui va pouvoir faire monter nos enjeux en haut. On a besoin que nos enjeux montent en haut parce que, des fois, ça reste au niveau des directeurs, au niveau des PDG. Ça ne monte pas au ministère, ça ne monte pas dans la structure. On a besoin que ça monte. C'est notre désir de le faire aussi puis c'est ce qu'on veut.

Le Président (M. Provençal) : Message reçu. On termine cette... avec la députée de Vaudreuil.

Mme Nichols : Merci, M. le Président. Merci pour vos commentaires. Vous en avez dit beaucoup, là, puis je ne sais même pas... je ne sais même pas...

M. Payment (Jean-Philippe) : Oui. Puis il n'a pas parlé énormément, mais il a une voix aussi, hein, je vous promets.

Mme Nichols : Mais je ne sais même pas sur quels points aller parce que j'ai comme été stimulée, j'ai plein de questions un peu partout. Là, vous avez... En commençant, là, le Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité... et à la qualité du Québec, là, vous avez dit : On est en faveur des changements apportés à nos fonctions.

M. Payment (Jean-Philippe) : À nos fonctions. Tout à fait.

Mme Nichols : Quel est le changement majeur pour lequel vous dites : Ça...

M. Payment (Jean-Philippe) : C'est le changement... C'est le changement de structure, de nous sortir d'en dessous des conseils d'établissement ou des conseils d'administration puis nous mettre en dessous d'un endroit où il va y avoir une influence.

Le but d'être commissaire aux plaintes, c'est de faire changer les choses. Le... Le... Si les conseils d'établissement n'ont plus le même rôle qu'ils avaient, qui était véritablement un rôle de gestion, si j'ai bien compris, et là qu'il y a un autre rôle qui est donné à ces conseils d'établissement là, on veut se retrouver dans un endroit où on va pouvoir faire changer les choses pour les usagers.

Mme Nichols : Puis ça, là, c'est ça, ça, il y aura un lien direct avec les usagers. Les... Les usagers vont en bénéficier directement?

M. Payment (Jean-Philippe) : À notre avis, ils vont pouvoir en bénéficier parce qu'on va avoir les mains beaucoup plus libres.

Savez-vous, dans... Je vais... Je vais vous raconter une histoire. C'est personnel, mais ça ne l'est pas.

Mme Nichols : Mais une minute.

M. Payment (Jean-Philippe) : Et là ça fait... je... Combien il y a eu de commissaires dans le centre-ouest dans les six dernières années?

Mme Nichols : C'est vous qui avez la réponse.

M. Payment (Jean-Philippe) : Quatre. Quatre, puis ce n'est pas toutes des retraites. Donc, je vous le dis, il y a une influence parfois délétère de la haute gestion sur les commissaires. On le sait, ça. Je pense que tout le monde le sait. Puis ce n'est pas une question d'être à tant de mètres du bureau du PDG puis à tant... puis à tant de pieds de je ne sais pas quoi d'autre. Il y a une... Il y a une relation qui existe, et cette relation-là, à mon avis, ne devrait pas exister. Si on est véritablement indépendants de fonction, véritablement indépendants financièrement, on ne devrait pas avoir de lien avec le PDG, point à la ligne.

Mme Nichols : C'est bon. C'est noté.

Le Président (M. Provençal) : 40 secondes.

Mme Nichols : Hein? Heille! Je vous le donne. Je vous le donne. Allez-y.

M. Payment (Jean-Philippe) : OK. Donc... Bien, écoutez, premièrement, je vous remercie de nous avoir reçus à si courte échéance. On est très heureux d'avoir été ici aujourd'hui. Les six points sont vraiment des points techniques. Merci de nous avoir amenés sur autre chose. Je suis sûr que je vais me faire dire que j'avais tort et que j'avais raison des deux côtés. Je vous remercie énormément et je vous souhaite une excellente fin de semaine.

Le Président (M. Provençal) : Bien, moi, écoutez, autant vous, M. Payment, que votre collègue M. Manseau, là, ça a été très agréable comme échange. Je tiens à vous remercier parce qu'il y a beaucoup de préparation, mais on voit que vous connaissez très, très bien votre sujet. Je pense que les membres ici, autour de la table, auraient pris encore du temps pour échanger avec vous. Malheureusement, le temps fait en sorte qu'on doit se dire... se saluer. Je vous remercie vraiment de votre collaboration, de votre contribution.

La commission va ajourner ses travaux au mardi 25 avril 2023, à 9 h 45, où elle entreprendra un autre mandat. Merci à tous. Soyez prudents pour votre retour et bonne pause.

(Fin de la séance à 16 h 24)